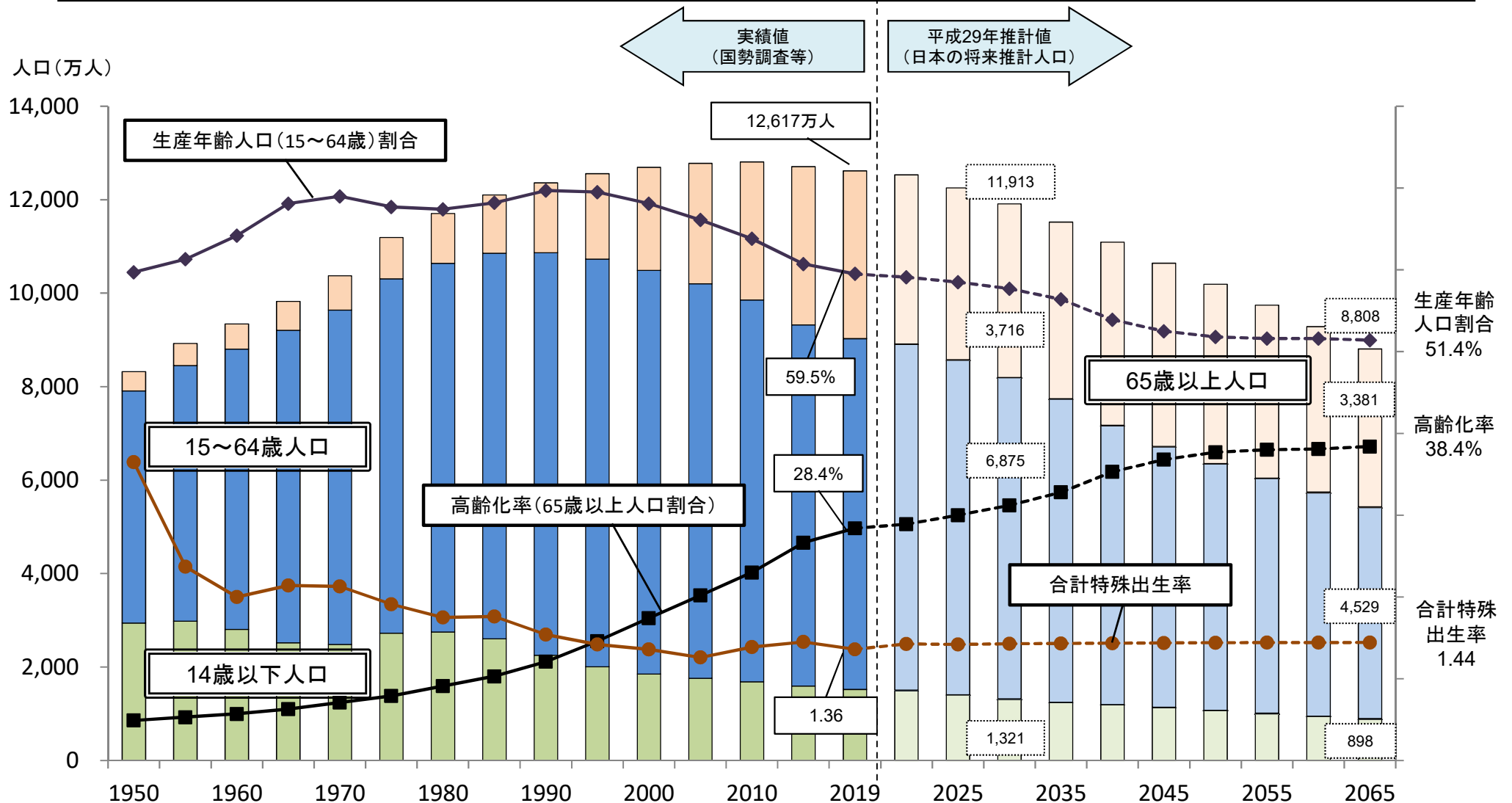


診療報酬改定の基本方針 参考資料

医療を取り巻く状況

日本の人口の推移

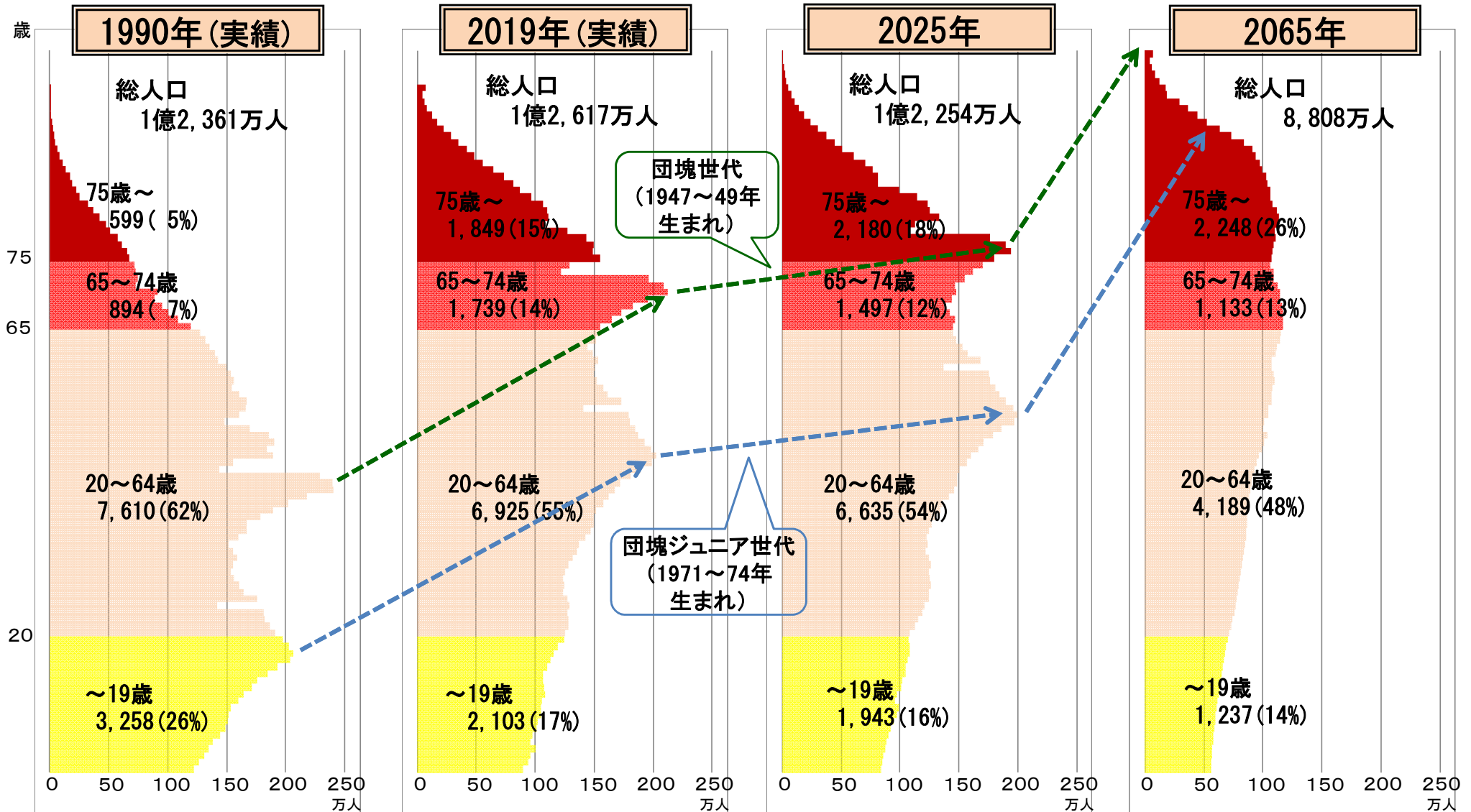
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(出所) 2019年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2019年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2019年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
 2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

日本の人口ピラミッドの変化

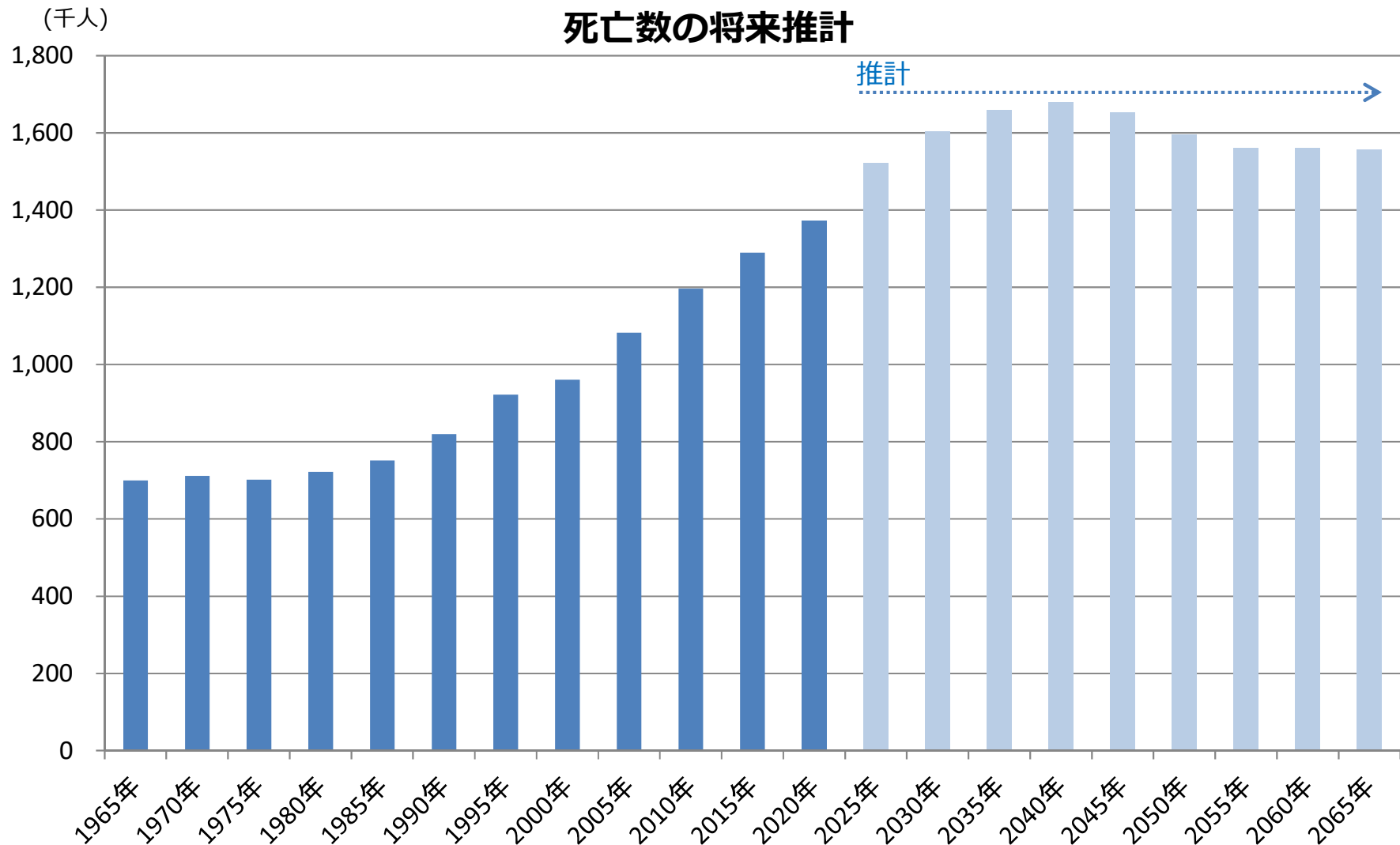
- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計): 出生中位・死亡中位推計」

死亡数の将来推計

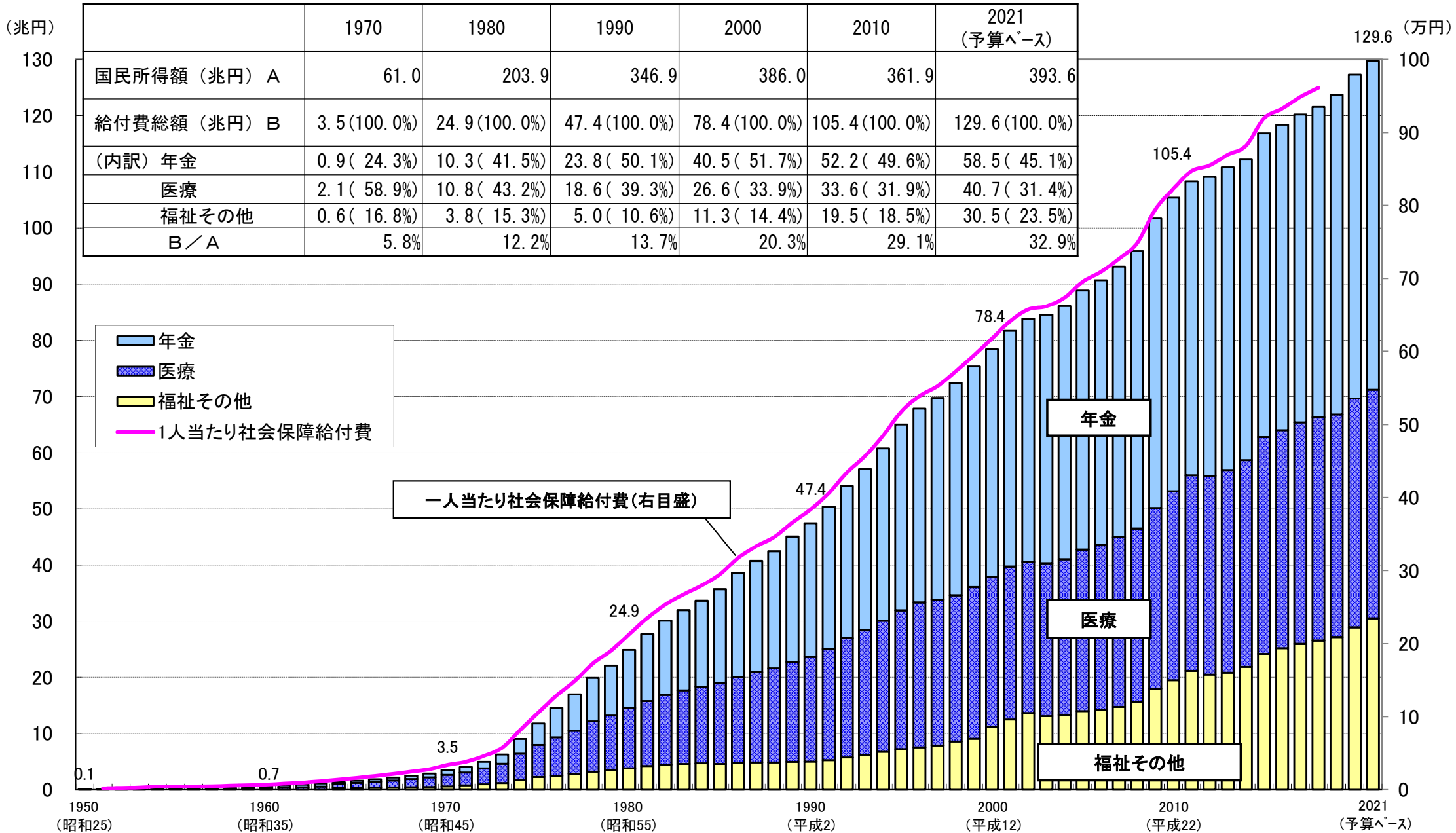
- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本人）

2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の死亡中位仮定による推計結果

社会保障給付費の推移

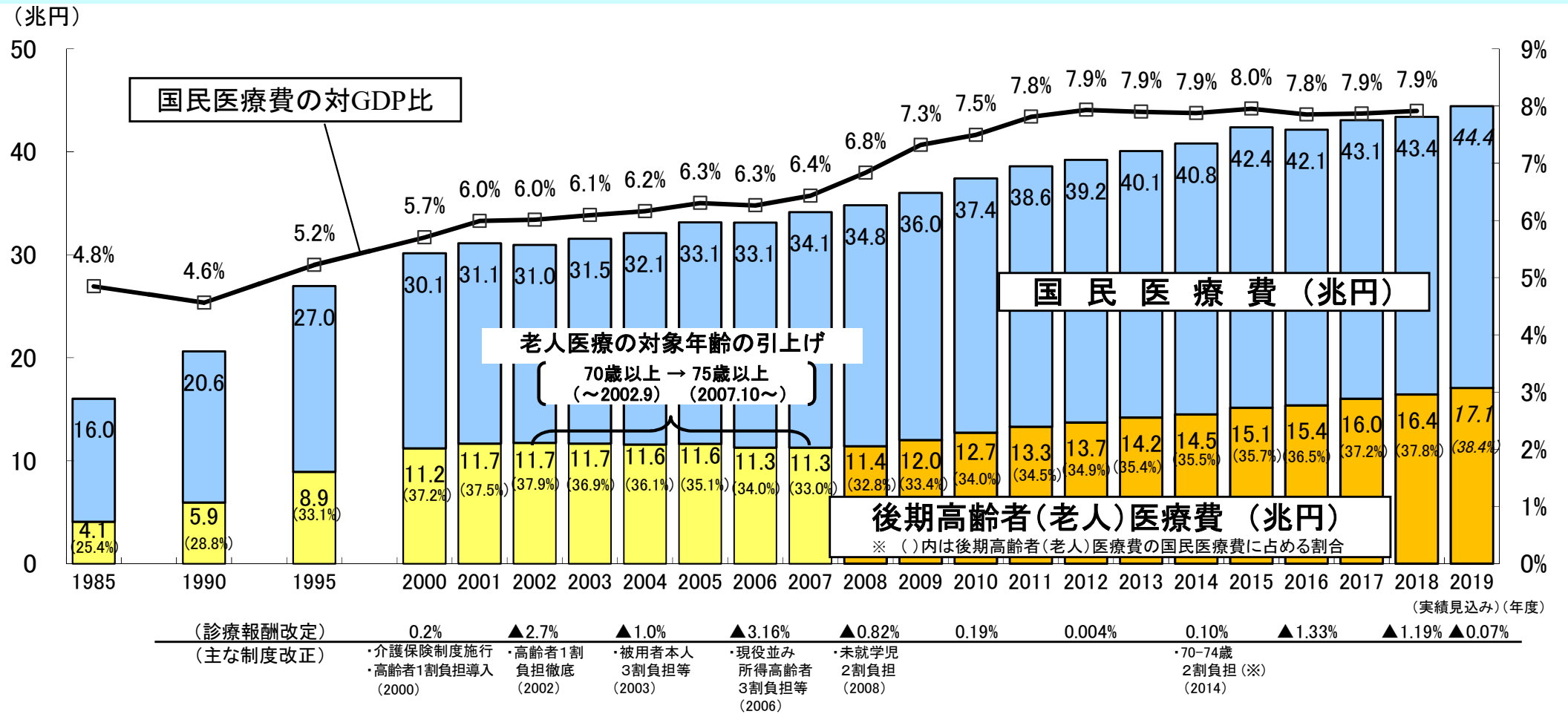


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成30年度社会保障費用統計」、2019～2021年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2021年度の国民所得額は「令和3年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和3年1月18日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2021年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.4
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.9
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.8	2.0	0.1	—

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2019年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2019年度分は、2018年度の国民医療費に2019年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※)70~74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

令和2年度診療報酬改定まで

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- 医療従事者の負担を軽減する視点
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点
後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点をもって臨む。

改定の基本的視点	「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。 ⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。
視点1	「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること ○「病床の機能分化・連携」の促進 ○多職種の活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」 ○質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保 等
視点2	「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること ○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等
視点3	重点的な対応が求められる医療分野を充実すること ○緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 ○認知症患者への適切な医療の評価 ○イノベーションや医療技術の評価 等
視点4	効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること ○後発医薬品の価格算定ルールの見直し ○大型門前薬局の評価の適正化 ○費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の 分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価(p.6)
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保(p.28)
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化(p.39)
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保(p.54)
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化(p.74)

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果 的・効率的で質が高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進(p.76)
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進(p.81)
- 明細書無料発行の推進(p.95)

III 重点的な対応が求められる医療分野 を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価(p.97)
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価(p.101)
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価(p.106)
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価(p.116)
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実(p.119)
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価(p.126)
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価(p.171)

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続 可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討(p.153)
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進(p.157)
- 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進(p.161)
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(p.165)

平成30年度診療報酬改定の基本方針(概要)

改定に当たっての基本認識

➤ 人生100年時代を見据えた社会の実現

- ・我が国は世界最高水準の平均寿命を達成。人口の高齢化が急速に進展する中、活力ある社会の実現が必要。
- ・あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにする必要。

➤ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）

- ・地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築する必要。
- ・平成30年度は6年に1度の介護報酬との同時改定。医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と連携を着実に進める必要。

➤ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

- ・制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民の制度の理解を深めることが不可欠。無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野のイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要。
- ・今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等を踏まえ、医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要。

改定の基本的視点

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要。
- 医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要。

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることが重要。
- また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野の適切な評価が重要。

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要。

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要。

令和2年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(全般的事項)

1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

(働き方改革)

2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。
- 4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(DPC／PDPS)

5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

- 6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。
- 8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。
- 9 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。
- 10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（医薬品の適正使用）

- 12 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
- 13 AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。
- 14 病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

（歯科診療報酬）

- 15 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 16 口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

（調剤報酬）

- 17 調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

- 18 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

（医療技術の評価）

- 19 医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

（その他）

- 20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

○ 次期診療報酬改定に向けては、中医協総会において令和3年7月より「次期改定の論点等」として議論を進める予定としているところ、以下のテーマごとに論点整理を進め、9月を目途に「意見の整理」をまとめていくこととしたい。

【主なテーマ（予定）】

- コロナ・感染症対応（その1）
- 外来（その1）
- 入院（その1）
- 在宅（その1）
- 歯科（その1）
- 調剤（その1）
- 個別事項（その1）
 - 働き方改革の推進
 - 不妊治療の保険適用
 - 医薬品の適切な使用の推進
 - 歯科用貴金属の随時改定

令和3年度 閣議決定

経済財政運営と改革の基本方針2021(令和3年6月18日 閣議決定) (主な箇所抜粋)①

第1章 新型コロナウイルス感染症の克服とポストコロナの経済社会のビジョン

4. 感染症の克服と経済の好循環に向けた取組

(1) 感染症に対し強靱で安心できる経済社会の構築

感染症への対応に当たっては、社会経済活動を継続しつつ感染拡大を防止し、重症者・死亡者の発生を可能な限り抑制することを基本に対策を徹底する。感染症対応の医療提供体制を強化し、相談・受診・検査～療養先調整・移送～転退院・解除まで一連の対応が目詰まりなく行われ、病床・宿泊療養施設が最大限活用される流れを確保する。

緊急時対応をより強力な体制と司令塔の下で推進する。今後、感染が短期間で急増するような事態が生じた場合、昨冬の2倍程度等を想定した患者数に対応可能な体制に緊急的に切り替える。また、感染症患者を受け入れる医療機関に対し、減収への対応を含めた経営上の支援や病床確保・設備整備等のための支援について、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方を検討し、引き続き実施する。都道府県の要請に基づき、公立・公的、民間病院の病床を活用できる仕組みや都道府県を超えて患者に対応できる仕組みを構築する。

各地域の病床の効率的な運用を促すため、医療機能※1に応じた役割分担の徹底や補助も活用した医師等派遣、地域の実情に応じた転院支援等を進める。G-M-I-S※2により、重症度別の空床状況や人工呼吸器等の保有・稼働状況、人材募集状況等を一元的に把握し、迅速な患者の受入調整等に活用するほか、地域別や機能別、開設種別の病床稼働率など医療提供体制の進捗管理・見える化を徹底する。

※1重症、中等症、回復患者、宿泊療養・自宅療養 ※2医療機関等情報支援システム

第2章 次なる時代をリードする新たな成長の源泉～4つの原動力と基盤づくり～

4. 少子化の克服、子供を産み育てやすい社会の実現

(1) 結婚・出産の希望を叶え子育てしやすい社会の実現

賃上げや正規・非正規の格差是正など少子化の背景として指摘される雇用環境の改善に取り組むとともに、社会全体で男性が育児休業を取得しやすい環境の整備を進める。結婚支援、不妊治療への保険適用、出産費用の実態を踏まえた出産育児一時金の増額に向けた検討、産後ケア事業の推進、「新子育て安心プラン」及び「新・放課後子ども総合プラン」の着実な実施、病児保育サービスの推進、地域での子育て相互援助の推進、子育てサービスの多様化の推進・情報の一元的提供、虐待や貧困など様々な課題に対応する包括的な子育て家庭支援体制、ひとり親世帯など困難を抱えた世帯に対する支援、育児休業の取得の促進を含めた改正育児介護休業法の円滑な施行、児童手当法等改正法附則に基づく児童手当の在り方の検討などに取り組む。

経済財政運営と改革の基本方針2021(令和3年6月18日 閣議決定) (主な箇所抜粋)②

第2章 次なる時代をリードする新たな成長の源泉～4つの原動力と基盤づくり～

5. 4つの原動力を支える基盤づくり

(4) セーフティネット強化、孤独・孤立対策等

孤独・孤立対策については、電話・SNS相談の24時間対応の推進や人材育成等の支援、居場所の確保、アウトリーチ型支援体制の構築、支援情報が網羅されたポータルサイトの構築、タイムリーな情報発信、いわゆる「社会的処方」※の活用、支援を求める声を上げやすい社会の構築、孤独・孤立の実態把握の全国調査とPDCAの取組を推進する。これらを含め、関連する分野・施策との連携に留意しつつ、孤独・孤立対策の重点計画を年内に取りまとめ、安定的・継続的に支援する。

※かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域資源と連携する取組。

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

2. 社会保障改革

今般の感染症対応での経験を踏まえ、国内で患者数が次に大幅に増えたときに備えるため、また、新たな新興感染症の拡大にも対応するため、平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替える仕組みの構築が不可欠である。このため、症状に応じた感染症患者の受入医療機関の選定、感染症対応とそれ以外の医療の地域における役割分担の明確化、医療専門職人材の確保・集約などについて、できるだけ早期に対応する。

あわせて、今般の感染症対応の検証や救急医療・高度医療の確保の観点も踏まえつつ、地域医療連携推進法人制度の活用等による病院の連携強化や機能強化・集約化の促進などを通じた将来の医療需要に沿った病床機能の分化・連携などにより地域医療構想を推進するとともに、かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進、更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し、診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進、実効的なタスク・シフティングや看護師登録制の実効性確保並びに潜在看護師の復職に係る課題分析及び解消、医学部などの大学における医療人材養成課程の見直しや医師偏在対策の推進などにより、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進める。オンライン診療を幅広く適正に活用するため、初診からの実施は原則かかりつけ医によるとしつつ、事前に患者の状態が把握できる場合にも認める方向で具体案を検討する。

経済財政運営と改革の基本方針2021(令和3年6月18日 閣議決定) (主な箇所抜粋)③

(1) 感染症を機に進める新たな仕組みの構築 の続き

また、引き続き、地域の産科医療施設の存続など安心・安全な産科医療の確保及び移植医療を推進するとともに、希少疾病である難病の対策を充実する。

加えて、現在限られたがん種において保険適用とされている粒子線治療の推進については、有効性・安全性などのエビデンスを踏まえた検討を進めるとともに、装置の小型化・低コスト化の潮流を踏まえ、病院の特徴や規模など、地域の状況に十分配慮した上で、診療の質や患者のアクセスの向上を図るため、具体的な対応策を検討する。

コロナ禍で新たな健康課題が生じていることを踏まえ、重症化予防のため「上手な医療のかかり方」の普及啓発を引き続き行うほか、保険者努力支援制度等に基づく予防・重症化予防・健康づくりへの支援を推進する。また、がん、循環器病及び腎臓病について、感染拡大による診療や受療行動の変化の実態を把握するとともに、健診・検診の受診控え等に関する調査の結果を踏まえ、新しい生活様式に対応した予防・重症化予防・健康づくりを検討する。

予防・重症化予防・健康づくりサービスの産業化に向けて、包括的な民間委託の活用や新たな血液検査等の新技術の積極的な効果検証等が推進されるよう、保険者が策定するデータヘルス計画の手引の改定等を検討する。また、同計画の標準化の進展にあたり、アウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。革新的な医薬品におけるイノベーションの評価の観点及びそれ以外の長期収載品等の医薬品について評価の適正化を行う観点から薬価算定基準の見直しを透明性・予見性の確保にも留意しつつ図るとともに、OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲について引き続き見直しを図る。感染症を踏まえた診療報酬上の特例措置の効果を検証するとともに、感染症患者を受け入れる医療機関に対し、減収への対応を含めた経営上の支援や病床確保・設備整備等のための支援について、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方を検討し、引き続き実施する。後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保、新目標についての検証、保険者の適正化の取組にも資する医療機関等の別の使用割合を含む実施状況の見える化を早期に実施し、バイオシミラーの医療費適正化効果を踏まえた目標設定の検討、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討、フォーミュラ※の活用等、更なる使用促進を図る。かかりつけ薬剤師・薬局の普及を進めるとともに、多剤・重複投薬への取組を強化する。症状が安定している患者について、医師及び薬剤師の適切な連携により、医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策を検討し、患者の通院負担を軽減する。

サプライチェーンの実態を把握し、平時からの備えと非常時の買い上げの導入など、緊急時の医薬品等の供給体制の確立を図る。緊急時の薬事承認の在り方について検討する。

※一般的に、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針（複数の治療薬がある慢性疾患において後発品を第一優先とする等）」を意味する。

経済財政運営と改革の基本方針2021(令和3年6月18日 閣議決定) (主な箇所抜粋)④

(1) 感染症を機に進める新たな仕組みの構築 の続き

医療・特定健診等の情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みや民間PHRサービスの利活用も含めた自身で閲覧・活用できる仕組みについて、2022年度までに、集中的な取組みを進めることや、医療機関・介護事業所における情報共有とそのための電子カルテ情報や介護情報の標準化の推進、医療情報の保護と利活用に関する法制度の在り方の検討、画像・検査情報、介護情報を含めた自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備、科学的介護・栄養の取組みの推進、今般の感染症の自宅療養者に確実に医療が全員に提供されるよう医療情報を保健所と医療機関等との間で共有する仕組みの構築（必要な法改正を含め検討）、審査支払機関改革※の着実な推進など、データヘルス改革に関する工程表に則り、改革を着実に推進する。

※「審査支払機能に関する改革工程表」（2021年3月31日厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会）等に基づく審査支払機関の改革。

日米首脳共同声明に基づく取組も視野に入れつつ、全ゲノム解析等実行計画及びロードマップ2021を患者起点・患者還元原則の下、着実に推進し、これまで治療法がなかった患者に新たな個別化医療を提供するとともに、産官学の関係者が幅広く分析・活用できる体制整備を進める。プログラム医療機器の開発・実用化を促進する。患者の治験情報アクセス向上のためデータベースの充実を推進する。

医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムを早急に整え、感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を構築する。同様に、介護サービス事業者についても、事業報告書等のアップロードによる取扱いも含めた届出・公表を義務化し、分析できる体制を構築する。レセプトシステム（NDB）の充実、G-MISの今般の感染症対策以外の長期的な活用、COCOAの安定的な運営等について、デジタル庁の統括・監理の下、デジタル化による効率化、利便性の向上を図る。あわせて、医療・介護データとの連携や迅速な分析の環境の整備を図る。

全身との関連性を含む口腔の健康の重要性に係るエビデンスの国民への適切な情報提供、生涯を通じた切れ目のない歯科健診、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防にもつながる歯科医師、歯科衛生士による歯科口腔保健の充実、歯科医療専門職間、医科歯科、介護、障害福祉機関等との連携を推進し、歯科衛生士・歯科技工士の人材確保、飛沫感染等の防止を含め歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。今後、要介護高齢者等の受診困難者の増加を視野に入れた歯科におけるICTの活用を推進する。

また、感染症による不安やうつ等も含めたメンタルヘルスへの対応を推進する。

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

2. 社会保障改革

(2) 団塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革

骨太方針2020等の内容に沿って、社会保障制度の基盤強化を着実に進め、人生100年時代に対応した社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして持続可能なものとして次世代への継承を目指す。

2022年度から団塊の世代が75歳以上に入り始めることを見据え、全ての世代の方々が安心できる持続可能な全世代型社会保障の実現に向けた取組について、その実施状況の検証を行うとともに、その取組を引き続き進める。その際、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方なども含め、医療、介護、年金、少子化対策を始めとする社会保障全般の総合的な検討を進める。こうした対応について速やかに着手する。

効率的な医療提供体制の構築や一人当たり医療費の地域差半減に向けて、地域医療構想のPDCAサイクルの強化や医療費適正化計画の在り方の見直しを行う。具体的には、前者について、地域医療構想調整会議における協議を促進するため、関係行政機関に資料・データ提供等の協力を求めるなど環境整備を行うとともに、都道府県における提供体制整備の達成状況の公表や未達成の場合の都道府県の責務の明確化を行う。また、後者について、都道府県が策定する都道府県医療費適正化計画（以下「都道府県計画」という。）における医療に要する費用の見込み（以下「医療費の見込み」という。）については、定期改訂や制度別区分などの精緻化を図りつつ、各制度における保険料率設定の医療費見通しや財政運営の見通しとの整合性の法制的担保を行い、医療費の見込みを医療費が著しく上回る場合の対応の在り方など都道府県の役割や責務の明確化を行う。

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

2. 社会保障改革

(2) 団塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革 の続き

また、医療費の見込みについて、取組指標を踏まえた医療費を目標として代替可能であることを明確化するとともに、適正な医療を地域に広げるために適切な課題把握と取組指標の設定や、取組指標を踏まえた医療費の目標設定を行っている先進的な都道府県の優良事例についての横展開を図る。都道府県計画において「医療の効率的な提供の推進」に係る目標及び「病床の機能の分化及び連携の推進」を必須事項とするとともに、都道府県国保運営方針においても「医療費適正化の取組に関する事項」を必須事項とすることにより、医療費適正化を推進する。あわせて保険者協議会を必置とするとともに、都道府県計画への関与を強化し、国による運営支援を行う。審査支払機関の業務運営の基本理念や目的等へ医療費適正化を明記する。これらの医療費適正化計画の在り方の見直し等について、2024年度から始まる第4期医療費適正化計画期間に対応する都道府県計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる。国保財政を健全化する観点から、法定外繰入等の早期解消を促すとともに、普通調整交付金の配分の在り方について、引き続き地方団体等と議論を継続する。中長期的課題として、都道府県のガバナンスを強化する観点から、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深める。

成長戦略実行計画

第13章 重要分野における取組 2. 医薬品産業の成長戦略

(略)

革新的新薬を創出する製薬企業が成長できるイノベーション環境を整備するため、研究開発支援の強化、創薬ベンチャーの支援、国際共同治験の推進、国内バイオ医薬品産業の強化、全ゲノム解析等実行計画及びこれに基づくロードマップの推進と産官学の関係者が幅広く分析・活用できる体制の構築、医療情報を利活用しやすい環境整備、薬価制度における新薬のイノベーションの評価や長期収載品等の評価の在り方の検討、感染症に対するデータバンクの整備、臨床研究法に基づく研究手続の合理化等に向けた法改正を含めた検討、製薬企業の集約化の支援等を進める。

医療上必要不可欠であり、幅広く使用され、安定確保について特に配慮が必要である医薬品のうち優先度の高いものについては、継続的な安定供給を国民全体で支える観点から、薬価の設定や抗菌薬等の安定確保が必要な医薬品の原料等の国内での製造支援、備蓄制度、非常時の買い上げの導入などを検討する。

(略)

バイオシミラー（国内で承認されたバイオ医薬品と同等の品質等を有する医薬品）の開発・利用を促進するため、今後の政府目標について速やかに結論を得る。バイオシミラーの利用を促進するための具体的な方策について検討する。

(略)

コロナ禍で新たな健康課題が生じていることを踏まえ、保険者努力支援制度や介護保険の保険者機能強化推進交付金等に基づく予防・重症化予防・健康づくりへの支援を推進する。

予防・重症化予防・健康づくりの健康増進効果等に関するエビデンスを確認・蓄積するための実証事業の結果を踏まえて、特定健診・特定保健指導の見直しなど、保険者や地方公共団体等の予防健康事業における活用につなげる。

データヘルス改革を推進し、個人の健康医療情報の利活用に向けた環境整備等を進める。また、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）の充実や研究利用の際の利便性の向上を図る。

規制改革実施計画（令和3年6月18日 閣議決定）（主な箇所抜粋①）

Ⅱ 分野別実施事項 2. デジタル時代に向けた規制の見直し (16)最先端の医療機器の開発・導入の促進

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期
30	最先端の医療機器の開発・導入の促進	a～f（略） g 診療報酬上の技術料等の算定におけるプログラム医療機器の評価については、医療従事者の働き方改革等の視点を含めて、当該プログラム医療機器を活用して患者に対して提供される医療の質の確保・向上に係る評価の考え方を明確化する。 h プログラム医療機器を使用した医療技術について、先進医療として保険外併用療養費制度の活用が可能であることを周知するとともに、選定療養の枠組みの適用についても検討する。 i～k（略）	g,h: 令和3年度検討・結論

規制改革実施計画（令和3年6月18日 閣議決定）（主な箇所抜粋②）

Ⅱ 分野別実施事項 2. デジタル時代に向けた規制の見直し

(18)オンライン診療・オンライン服薬指導の特例措置の恒久化

(19)健康保険証の直接交付

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期
34	オンライン診療・オンライン服薬指導の特例措置の恒久化	a オンライン診療・服薬指導については、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、現在の時限的措置を着実に実施する。 b 医療提供体制におけるオンライン診療の果たす役割を明確にし、オンライン診療の適正な実施、国民の医療へのアクセスの向上等を図るとともに、国民、医療関係者双方のオンライン診療への理解が進み、地域において、オンライン診療が幅広く適正に実施されるよう、オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針を策定し、地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、オンライン診療活用の好事例の展開を進める。 c 情報通信機器を用いたオンライン診療については、初診からの実施は原則、かかりつけ医による実施（かかりつけ医以外の医師が、あらかじめ診療録、診療情報提供書、地域医療ネットワーク、健康診断結果等の情報により患者の状態が把握できる場合を含む。）とする。 健康な勤労世代等かかりつけ医がいない患者や、かかりつけ医がオンライン診療を行わない患者で上記の情報を有さない患者については、医師が、初回のオンライン診療に先立って、別に設定した患者本人とのオンラインでのやりとりの中でこれまでの患者の医療履歴や基礎疾患、現在の状況等につき、適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にはオンライン診療を認める方向で一定の要件を含む具体案を検討する。その上で、対面診療との関係を考慮し、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進める。 d オンライン服薬指導については、患者がオンライン診療又は訪問診療を受診した場合に限定しない。また、薬剤師の判断により初回からオンライン服薬指導することも可能とする。介護施設等に居住する患者への実施に係る制約は撤廃する。これらを踏まえ、オンライン服薬指導の診療報酬について検討する。 e オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋システムの運用を開始するとともに、薬剤の配送における品質保持等に係る考え方を明らかにし、一気通貫のオンライン医療の実現に向けて取り組む。	a: 新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、継続的に措置 b～e: 令和3年度から検討開始、令和4年度から順次実施（電子処方箋システムの運用については令和4年夏目途措置）
No.	事項名	規制改革の内容	実施時期
35	健康保険証の直接交付	保険者が支障がないと認めた場合には、健康保険証を保険者から被保険者（従業員）へ直接交付することが可能となるよう、省令改正を行う。	令和3年度措置

全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）※受診時定額負担関係

第3章 医療

3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とする方向性を示したところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

<対象範囲拡大のイメージ>

一般病床数	特定機能病院／地域医療支援病院	その他
200床以上	現在の定額負担（義務）対象病院 666 (7.9%)	紹介患者への外来を 基本とする医療機関 688 (8.2%)
200床未満	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)

第4章 終わりに

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」の考え方は、今後とも社会保障改革の基本であるべきである。本方針を速やかに実施するとともに、今後そのフォローアップを行いつつ、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、総合的な検討を進め、更なる改革を推進する。

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○ 不妊治療に係る経済的負担の軽減等

- ・ 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、**適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討**し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、**効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う**。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。

※ 全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告（令和2年6月25日 全世代型社会保障検討会議決定）においても同様の記載あり

菅内閣の基本方針（令和2年9月16日閣議決定）（抄）

4. 少子化に対処し安心の社会保障を構築

喫緊の課題である少子化に対処し、誰もが安心できる社会保障制度を構築するため改革に取り組む。そのため、**不妊治療への保険適用を実現**し、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを生み育てられる環境をつくる。さらに、制度の不公平・非効率を是正し、次世代に制度を引き継いでいく。

全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）（抄）

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急を実現する。具体的には、令和3年度（2021年度）中に詳細を決定し、令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（1回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。

<工程表>



新型コロナウイルス感染症をはじめとする 新興感染症等に対応できる医療提供体制を 構築する視点

〔一次補正以降〕 (R2.4/18～)	〔二次補正以降〕 (R2.5/26～)	〔令和2年9月15日予備費以降〕 (R2.9/15～)	〔令和3年8月27日予備費以降〕 (R3.8/27～)
重症患者 特定集中治療室管理料等を 2倍 (8,448～28,422点)	重症患者(専用病床の確保) 特定集中治療室管理料等を 3倍 (12,672～42,633点)	重症患者 (同左)	重症患者 (同左)
中等症患者 救急医療管理加算を 2倍 (1,900点)	中等症患者(専用病床の確保) 救急医療管理加算を 3倍 (2,850点)	中等症患者 中等症Ⅱ以上 の患者は 救急医療管理加算を 5倍 (4,750点)	中等症患者 救急医療管理加算を、 入院加療の必要な患者は 4倍 (3,800点) 中等症Ⅱ以上 の患者は 6倍 (5,700点)

(令和2年4月8日～)

- 新型コロナへの感染を疑う患者に、必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療で、院内トリアージ実施料(300点/回)を算定できることとした。
- 入院を要する新型コロナ患者について、救急医療管理加算(950点/日)、及び二類感染症入院診療加算(250点/日)を算定できることとした。

(令和2年4月18日～)

- 医療従事者の感染リスクを伴う診療を評価し、人員配置に応じ、二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を2～4倍算定できることとした。

(令和2年12月15日～)

- 6歳未満の乳幼児に対し、感染予防策を講じた上で外来診療等を実施した場合、医科100点、歯科55点、調剤12点を算定できることとした。
- 新型コロナから回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を3倍に引き上げた。※これまでの臨時特例二類感染症患者入院診療加算(1倍)250点→今回の見直し(3倍)750点

(令和3年1月22日～)

- 新型コロナから回復した後、引き続き入院管理が必要な患者について、救急医療管理加算(950点)を最大90日間算定できることとした。

(令和3年2月26日～)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に往診・訪問看護を緊急に実施した場合に、それぞれ、緊急往診加算(325～850点)、緊急訪問看護加算(2,650円)を算定できることとした。

(令和3年4月1日～)

- 「新型コロナウイルス感染症診療の手引き・第4版」等を参考に感染予防策を講じることについて、初診・再診(医科・歯科)等1回当たり5点
入院1日当たり10点、調剤1回当たり4点、訪問看護1回当たり50円に相当する点数を算定できることとする。
- 上記のほか、新型コロナ患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合については、298点を算定できることとする。

(令和3年5月11日～)

- 新型コロナ感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者に対して、個室で入院医療を行った場合に、個室加算(300点)を算定できることとする。

(令和3年7月30日～)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に対して往診・訪問診療又は訪問看護を実施した場合、それぞれ、救急医療管理加算(950点)、長時間訪問看護加算(5,200円)を算定できることとした。

(令和3年8月16日～)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に対して電話等を用いた初診・再診を行った場合に二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定できることとした。

(令和3年8月27日～)

- 新型コロナに感染した妊産婦について、ハイリスク妊産婦管理加算を21日目以降、ハイリスク分娩管理加算を9日目以降も算定できることとした。

陰圧室の適正な評価

- 二類感染症患者療養環境特別加算(陰圧室加算)について、陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日点検していない施設があることを踏まえ、要件を明確化し、適切な感染症対策を推進する。

(改) 陰圧室加算 200点

[算定要件]

加算を算定する日にあっては、煙管または差圧計等で陰圧の状況を確認すること。

無菌治療室管理加算の見直し

- 無菌治療室について、要件を見直した上で届出を行うこととする。

(改) 無菌治療室管理加算1 3,000点 (1日につき)

(新) 2 2,000点 (1日につき)

無菌治療室加算1(新たな要件のみ)

- ① 個室であること。
- ② 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス6以上であること。
- ③ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

無菌治療室加算2

従前の無菌治療室管理加算と同様

[経過措置]

平成24年3月31日に無菌治療室管理加算を算定することができる無菌治療室で、平成24年4月1日以降に無菌治療室管理加算2の届出を行っている無菌治療室については、平成25年3月31日までの間、無菌治療室加算1を算定できる。

感染症対策の推進③

院内における感染防止対策の評価

- 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)

(新) 2 100点(入院初日)

注: 感染防止対策加算の新設に伴い、医療安全対策加算における感染防止対策加算は廃止する。

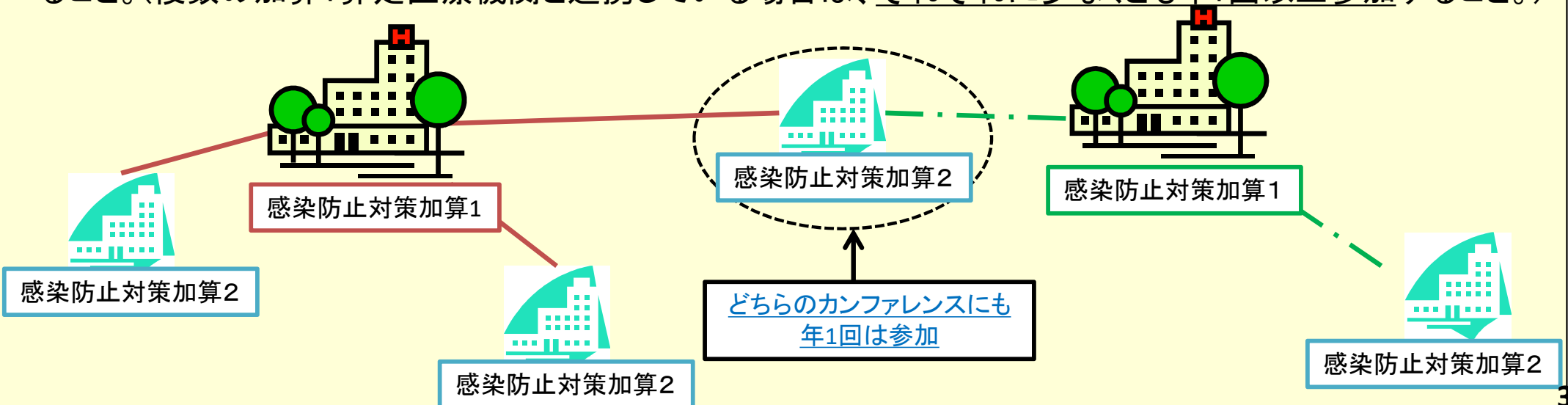
[施設基準]

感染防止対策加算1(従前の医療安全対策加算における感染防止対策加算からの変更点のみ)

- 感染防止対策加算1を算定している医療機関を中心に、加算2を算定する医療機関と年4回以上合同カンファレンスを開催していること。

感染防止対策加算2

- ① 感染防止対策加算1に必要な感染制御チームから、研修要件及び専従要件を緩和したチームを作り、感染防止対策に係る業務を行う(業務内容は感染防止対策加算1と同様)。
- ② 加算2を算定する医療機関は、加算1を算定する医療機関の開催するカンファレンスに年4回以上参加すること。(複数の加算1算定医療機関と連携している場合は、それぞれに少なくとも年1回以上参加すること。)



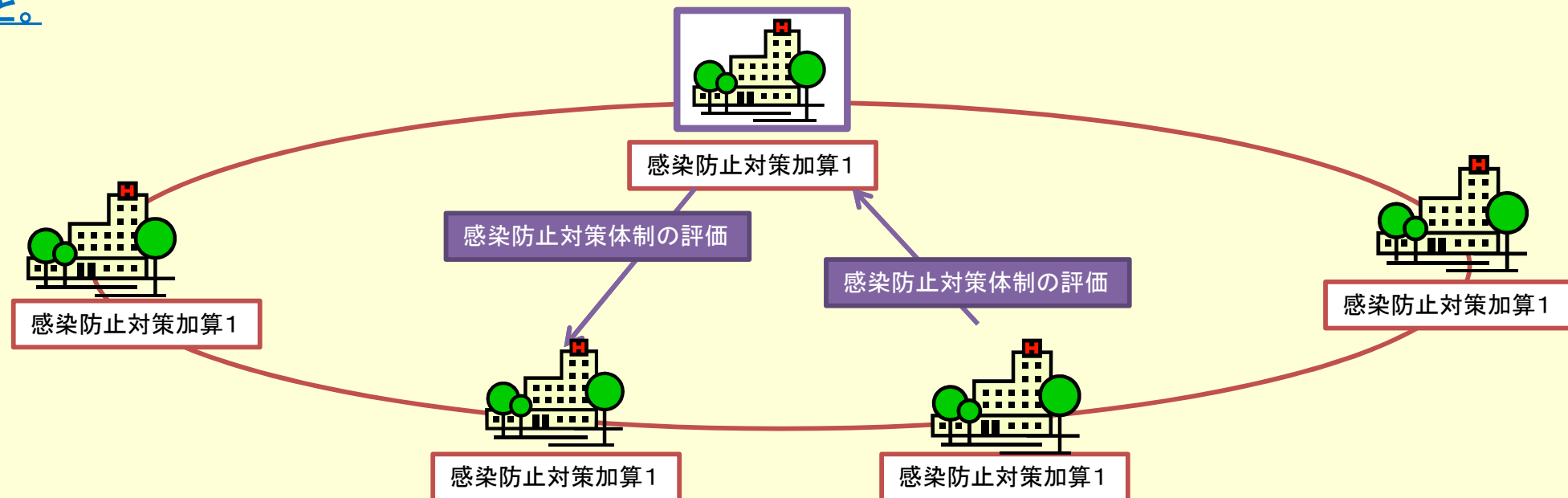
感染防止対策の相互評価について

- 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

[算定要件]

- ① 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士で連携していること。
- ② 年に1回以上、連携しているいずれかの医療機関に赴いて感染防止対策の体制を評価すること。
- ③ また、年に1回以上連携しているいずれかの医療機関から直接、感染防止対策の体制に関する評価を受けること。



新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け

<改正の背景>

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

<改正の概要>

都道府県が作成する「医療計画」の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
※ 5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底
クラスター発生時の対応方針の共有 など

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担 など
（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間の応援職員派遣）

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

第8次医療計画の策定に向けた検討体制（イメージ）【案】

第1回第8次医療計画等に関する検討会
令和3年6月18日
資料 2

- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目があることから、本検討会の下に、以下の3つのワーキンググループを立ち上げ、議論することとしてはどうか。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設けることとしてはどうか。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師需給分科会」で議論。
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

連携

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

報告

地域医療構想及び 医師確保計画に関する ワーキンググループ （仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するワーキンググループ（仮称）※

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び 医療・介護連携に関するワーキンググループ （仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

* 第7次医療計画の策定に当たり、5事業については、それぞれ、以下の場で検討した上で、「医療計画の見直し等に関する検討会」に報告し、協議。第8次医療計画の策定に向けた検討も、同様に進める予定。

・救急医療、災害医療

救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会

・へき地医療

厚生労働科学研究の研習班

・周産期医療、小児医療

有識者の意見交換

※検討事項の取りまとめ後、外来医療計画ガイドラインに関する検討の場として改組を予定。

第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）【案】

第1回第8次医療計画等に関する検討会
令和3年6月18日
資料2

国

都道府県

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画
R 3 [2021]	4～6月	医療部会（6/3）				
	7～9月	第8次医療計画等に関する検討会 開催				外来機能報告等に関するWG開催
	10～12月			地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催		
	1～3月	・総論（医療圏、基準病床数等） ・各論（5疾病、6事業、在宅等） について各検討会等での 議論の報告	感染症対策に 関する検討の場と 連携しつつ議論	地域医療構想の 推進	ガイドライン改正に向けた検討	ガイドライン改正に向けた検討
R 4 [2022]	4～6月					
	7～9月					
	10～12月	報告書取りまとめ （基本方針改正、医療計画作成指針等の改正 等）			報告書取りまとめ （ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ （ガイドライン改正等）
	1～3月	基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）			ガイドライン改正（通知）	ガイドライン改正（通知）
R 5 [2023]		第8次医療計画策定			次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定
R 6 [2024]		第8次医療計画開始			次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始
R 7 [2025]						

36

医療従事者の負担を軽減し、
医師等の働き方改革を推進する視点

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要

(令和3年2月2日 法案閣議決定、令和3年5月28日 公布)

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 (医療法)【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し (診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法)【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し (医師法、歯科医師法)【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け (医療法)【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律)【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携 (医療法)【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

医師の時間外労働規制について

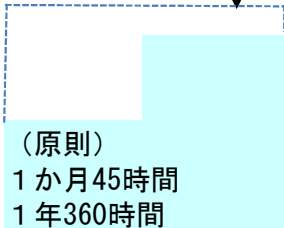
一般則

2024年4月～

将来
(暫定特例水準の解消
(=2035年度末を目標)
後)

【時間外労働の上限】

- (例外)
- ・年720時間
 - ・複数月平均80時間(休日労働含む)
 - ・月100時間未満(休日労働含む)
- 年間6か月まで



※この(原則)については医師も同様。

年1,860時間／
月100時間未満(例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間未満(例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／
月100時間未満(例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

C-1：臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2：医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

年960時間／
月100時間(例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

将来に向けて縮減方向



※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

診療報酬における働き方改革に向けたこれまでの取組について

○ 診療報酬における働き方改革に関連した主な改定項目を以下のとおり類型化した。

	1) 医師の働き方改革に対する評価				2) タスクシフト、タスクシェアに対する評価	3) 医療従事者の負担軽減等に対する評価	4) その他(地域全体での取組み等)の評価
	① 地域医療体制確保加算の新設	② 勤務環境に特に配慮を要する領域への対応	③ 働き方改革に係る環境整備等の推進	④ 多様な勤務形態の推進			
H18年度		ハイリスク分娩管理加算の新設					
H20年度		重点的な対応が求められる領域について評価の充実・拡大	入院時医学管理加算(現総合入院体制加算)等において病院勤務医の負担軽減等の体制整備を評価(3つの診療報酬項目)		医師事務作業補助体制加算の新設		診療所における夜間、早朝等における診療の評価を新設
H22年度					看護補助者の配置の評価を新設 栄養サポートチーム加算等を新設		
H24年度					病棟薬剤業務実施加算を新設		二次救急医療機関の救急外来の評価の新設、院内トリアージの評価の新設
H26年度			手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し				
H28年度				産休・育休等に係る常勤要件の緩和 脳卒中ケアユニットの夜間の医師の勤務体制の緩和		産休・育休等に係る常勤要件の緩和	紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の導入
H30年度			総合入院体制加算において ・効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化 ・評価の対象となる項目を整理	常勤要件の緩和の拡大等	特定行為研修の評価を導入	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減(必要度Ⅱの導入) ・業務の効率化・合理化	
R2年度	地域医療体制確保加算新設					総合入院体制確保加算において、 ・効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化 ・評価の対象となる項目を整理 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減(B項目評価方法の見直し)	対象病院の拡大 評価の拡大・充実

地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

➤ 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



[算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上である(※1)こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



勤務医の労働時間短縮の推進（地域医療介護総合確保基金区分Ⅵ）

令和3年度予算額：9,533百万円（公費143億円）
（令和2年度予算額9,533百万円（公費143億円））
※地域医療介護総合確保基金（医療分）796億円の内数

勤務医の働き方改革を推進するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、以下の財政的支援を行う。
⇒**地域医療の確保を目的として都道府県が医療機関向け補助を実施**

地域医療勤務環境改善体制整備事業

補助の対象となる医療機関

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療機関。
（補助に当たっては客観的要件を設定）



連続勤務時間制限・勤務間インターバル、面接指導などに取り組み、かつ、時短計画を定めるなどを条件に交付する。



医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組の実施

医療機関において医師の労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善のための体制整備として次のような取組を総合的に実施

- ・勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・当直明けの勤務負担の緩和
- ・複数主治医制の導入
- ・女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進
- ・これらに類する医師の業務見直しによる労働時間短縮に向けた取組



支援



補助対象経費

上記の総合的な取組に要する経費をパッケージとして補助する。

地域医療介護総合確保基金

【地域医療介護総合確保基金管理運営要領】(抜粋)

別記3 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

2 対象事業

○地域医療勤務環境改善体制整備事業

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める(1)に掲げる医療機関が行う(2)の事業を対象とする。

(1)対象医療機関

次のいずれかを満たす医療機関であって「4 交付要件」を満たすもの。ただし、診療報酬により令和2年度改定で新設された地域医療体制確保加算を取得している場合は対象としない。

- ①救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1000件以上2000件未満であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
- ②救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1000件未満の医療機関のうち、次のいずれかに当てはまる医療機関
 - ア 夜間・休日・時間外入院件数が、年間で500件以上であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
 - イ 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど、特別な理由の存在する医療機関
- ③地域医療の確保に必要な医療機関であって、次のいずれかに当てはまる医療機関
 - ア 周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している場合
 - イ 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合
- ④その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

(2)対象事業

医師の労働時間短縮に向けた取組として、4の(3)における医療機関が作成した「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に基づく取組を総合的に実施する事業。

勤務環境に特に配慮を要する領域への対応

○ 当直等の負担軽減を図る観点から、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応として、ハイリスク分娩管理加算の新設(平成18年度改定)や、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直し(平成26年度改定)を実施した。

(例)

ハイリスク分娩管理加算

1日につき 3,200点

- 合併症を有する妊産婦に対する入院中のハイリスク分娩管理を評価。
- 分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として加算する。

(対象患者)

保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊産婦

ア～ツ (略)

(主な施設基準)

- 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する**常勤の医師が、3名以上配置**されていること。
- 当該保険医療機関内に、**常勤の助産師が3名以上配置**されていること。
- 1年間の分娩件数が120件以上 (略)

ハイリスク分娩管理加算算定医療機関数



手術・処置の休日・時間外・深夜加算

(1)休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(2)～(4) (略)

- 勤務医負担軽減等の実施に係る施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関にて、緊急のための休日等における対象患者に対する手術等を評価。

(対象患者)

次に掲げる入院中の患者以外の患者に対する手術。ただし、手術が保険医療機関等の都合により休日等に行われた場合は算定できない。

ア～イ (略)

(主な施設基準)

1～3 (略)

4 **医師の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として次の体制を整備**していること。

(1)当該保険医療機関内に医師の負担軽減等に関して提言するための責任者が配置されていること。(2)～(6) (略)

5 **静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について次のいずれも実施**していること。(1)～(2) (略)

6 当該加算を算定している全ての診療科において、**予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮**として、次のいずれも実施していること。(1)～(7) (略)

7 当該加算を算定する全ての診療科において、**次のいずれか**を実施していること。

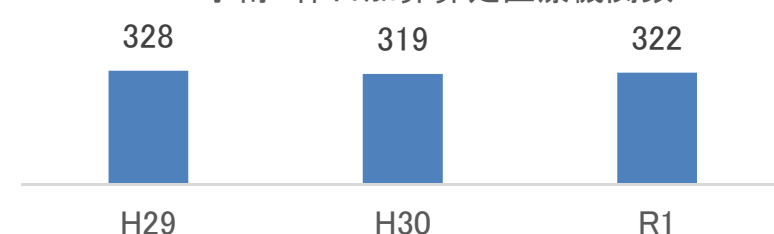
(1)**交替勤務制を導入**しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア～キ (略)

(2)～(3) (略)

8～9 (略)

手術 休日加算算定医療機関数



総合入院体制加算の概要②

○ 施設基準に含まれる、医療従事者の勤務環境改善の取組に関する要件は、以下のとおり。

(1日につき／14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準 (医療従事者の勤務環境改善の取組等)	<u>病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。(中略)</u> ア 当該保険医療機関内に、<u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。</u> イ 当該保険医療機関内に、<u>多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議(以下この項において「委員会等」という。)を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。</u>当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、<u>当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。</u>なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。 ウ <u>イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画</u>とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。 エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。 (イ) <u>外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組</u>(許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。) (ロ) <u>院内保育所の設置</u>(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。) (ハ) <u>医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減</u> (ニ) <u>医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</u> (ホ) 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる<u>研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減</u> (ヘ) <u>院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減</u> (ト) <u>看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</u> オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。		

多様な勤務形態の推進

- 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件の緩和等を実施してきているほか、脳卒中ケアユニット入院管理料においては医師配置要件の見直し(平成28年度改定)を実施した。

常勤換算の見直し

週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能としている。

産前産後休業取得時等の対応

施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認めている。

育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとしている。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

- (1)当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いること。ただし、夜間又は休日において、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する医師が、当該保険医療機関の外にいる場合であって、当該医師に対して常時連絡することや、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信することが可能であり、かつ、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能である体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこととする。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保すること。

(2)~(10) (略)

医師の配置について

下線太字は令和2年改定事項

医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大している。

(対象となる項目)

緩和ケア診療加算、栄養サポートチーム加算、感染防止対策加算 等

専従要件について

専従要件について、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目を拡大している。

(対象となる項目)

ウイルス疾患指導料(注2)、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料

看護師の配置について

看護師については、外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能としている。

病院勤務医の事務負担の軽減

医師事務作業補助体制加算(平成20年度改定において新設)

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

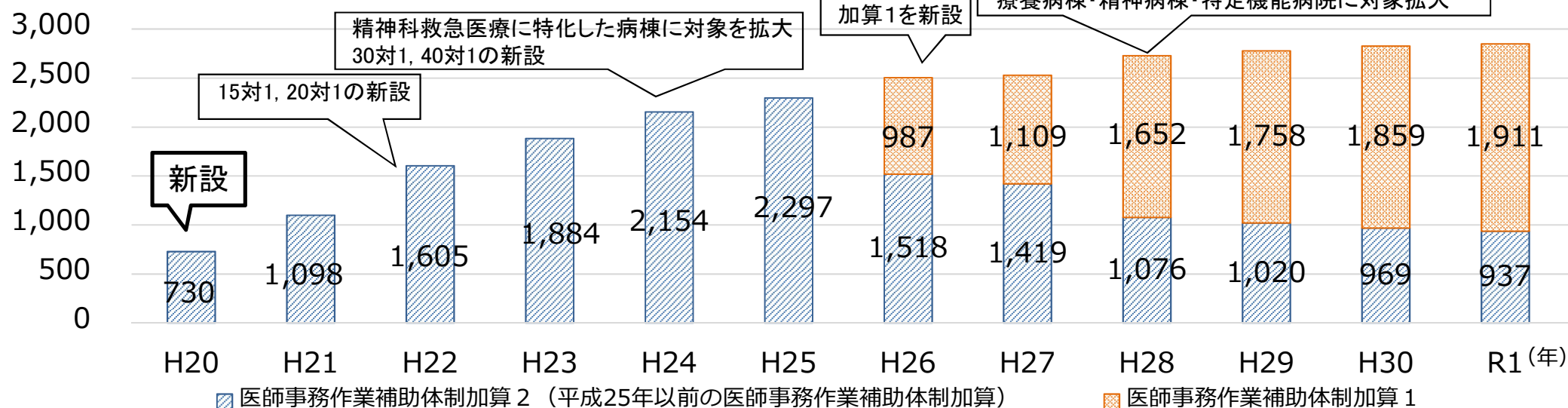
※ ①(必須)及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容(必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	970点/910点
20対1	758点/710点
25対1	630点/590点
30対1	545点/510点
40対1	455点/430点
50対1	375点/355点
75対1	295点/280点
100対1	248点/238点

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移

(医療機関数)



看護職員の負担軽減策の全体像

○ 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、主に夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

		急性期	慢性期
看護補助者との役割分担の推進		【急性期看護補助体制加算】 - 急性期一般入院基本料 - 特定機能病院入院基本料（一般病棟） - 専門病院入院基本料（7対1、10対1）	【看護補助加算】 - 地域一般入院基本料 13対1、15対1、18対1、20対1※ - 障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算 - 特定一般病棟入院料 【看護補助者配置加算】 - 地域包括ケア病棟入院料の注加算
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	【看護職員夜間配置加算】 - 急性期一般入院基本料 - 特定機能病院入院基本料（一般病棟） - 専門病院入院基本料（7対1、10対1）	【夜間看護加算】 - 療養病棟入院基本料の注加算 【看護職員夜間配置加算】 - 地域包括ケア病棟入院料の注加算 - 精神科救急入院料の注加算 - 精神科救急・合併症入院料の注加算
	看護補助者の夜間配置	【夜間急性期看護補助体制加算】 急性期看護補助体制加算の注加算	【夜間75対1看護補助加算】 看護補助加算の注加算（地域一般入院料1又は2、13対1※のみ）
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	【夜間看護体制加算】 急性期看護補助体制加算の注加算（夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合のみ）	【夜間看護体制加算】 - 看護補助加算の注加算 - 障害者施設等入院基本料の注加算
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	【夜間看護体制特定日減算】 - 一般病棟入院基本料 - 結核病棟入院基本料 - 精神病棟入院基本料 - 専門病院入院基本料 - 障害者施設等入院基本料 - 地域包括ケア病棟入院料	
	適切な夜勤時間の管理	【月平均夜勤時間が72時間以下であること】 病院の入院基本料等の施設基準	

※ 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料

薬剤師の病棟業務の評価

病棟薬剤業務実施加算 120点(週1回)/100点(1日につき)

- 薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施していることを評価するもの。

※ 病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟又は治療室1週間につき20 時間相当以上実施

病棟薬剤業務実施加算1: 一般病棟入院料、療養病棟入院料等を算定する病棟が対象

病棟薬剤業務実施加算2: 救命救急入院料、特定集中室管理料等を算定する高度急性期医療に係る治療室が対象

薬剤管理指導料 380点/325点(週1回)

- 医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行ったことを評価するもの。

※ 薬剤管理指導料1: 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合

薬剤管理指導料2: 1の患者以外の患者の場合

薬剤総合評価調整加算/薬剤調整加算 100点/150点(退院時1回)

- 入院時のポリファーマシーに対する取組みを評価するもの。

※ 薬剤総合評価調整加算: 処方の方の総合的な評価及び変更の取組を評価

調整加算: 減薬に至った場合を評価

退院時薬剤情報管理指導料・連携加算 90点/60点(退院時1回)

- 退院時に直接服薬指導等を行い、地域における継続的な薬学的指導を支援するための情報を提供することを評価するもの。

※ 退院時薬剤情報管理指導料: 入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合

連携加算: 入院前の内服薬の変更又は中止について、保険薬局に対して、その理由や変更又は中止後の患者の状況を文書により提供した場合

診療報酬(平成30年度改定)における特定行為研修の評価

評価項目	特定行為研修において該当する区分
■ B001 糖尿病合併症管理料 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合で医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月に1回に限り算定する。 糖尿病合併症管理料の要件である「適切な研修」	以下の2区分とも修了した場合 ☐ 創傷管理関連 ☐ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
■ B001 糖尿病透析予防指導管理料 糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。 糖尿病透析予防指導管理料の看護師の要件である「適切な研修」	☐ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
■ C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件である「所定の研修」	☐ 創傷管理関連
■ A301 特定集中治療室管理料1及び2 1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できる。対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者。 ア 意識障害又は昏睡 イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ウ 急性心不全（心筋梗塞含む） エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害 キ 広範囲熱傷 ク 大手術後 ケ 救急蘇生後 コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」	以下の8区分をすべて修了した場合 ☐ 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ☐ 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ☐ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ☐ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ☐ 循環動態に係る薬剤投与関連 ☐ 術後疼痛関連 ☐ 循環器関連 ☐ 精神及び神経症状にかかる薬剤投与関連

診療報酬(令和2年度改定)における特定行為研修の評価

評価項目	特定行為研修において該当する区分
■ A200 総合入院体制加算 病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること ア～ウ、オ（略）エ「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に挙げる項目のうち少なくとも３項目以上を含んでいること。（イ）～（ニ）、（ヘ）、（ト）（略） （ホ）特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画の項目の１つ	○特定行為研修修了者である看護師 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修のうち、いずれの区分であっても該当する。また、領域別パッケージ研修も該当する。
■ L010 麻酔管理料Ⅱ 担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標榜医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること。 麻酔管理料Ⅱの要件である「適切な研修」	以下のいずれかの研修を修了した看護師 ①術中麻酔管理領域（パッケージ研修） ②以下の6区分をすべて修了した場合 ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ・動脈血液ガス分析関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛管理関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連
■ C300 特定保険医療材料 在宅における特定保険医療材料の追加 在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日訪問看護ステーション等の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については薬剤料、特定保険医療材料の費用については特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。 011 膀胱瘻用カテーテル 012 交換用胃瘻カテーテル （１）胃留置型①バンパー型 ア ガイドワイヤーあり ガイドワイヤーなし ②バルーン型 （２）小腸留置 ①バンパー型 ②一般型 013 局所陰圧閉鎖処置用材料 014 陰圧創傷治療用カートリッジ	特定保険医療材料の算定に関連する特定行為 ①ろう孔管理関連 ・胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ・膀胱ろうカテーテルの交換 ②創傷管理関連区分のうち ・創傷に対する陰圧閉鎖療法

情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

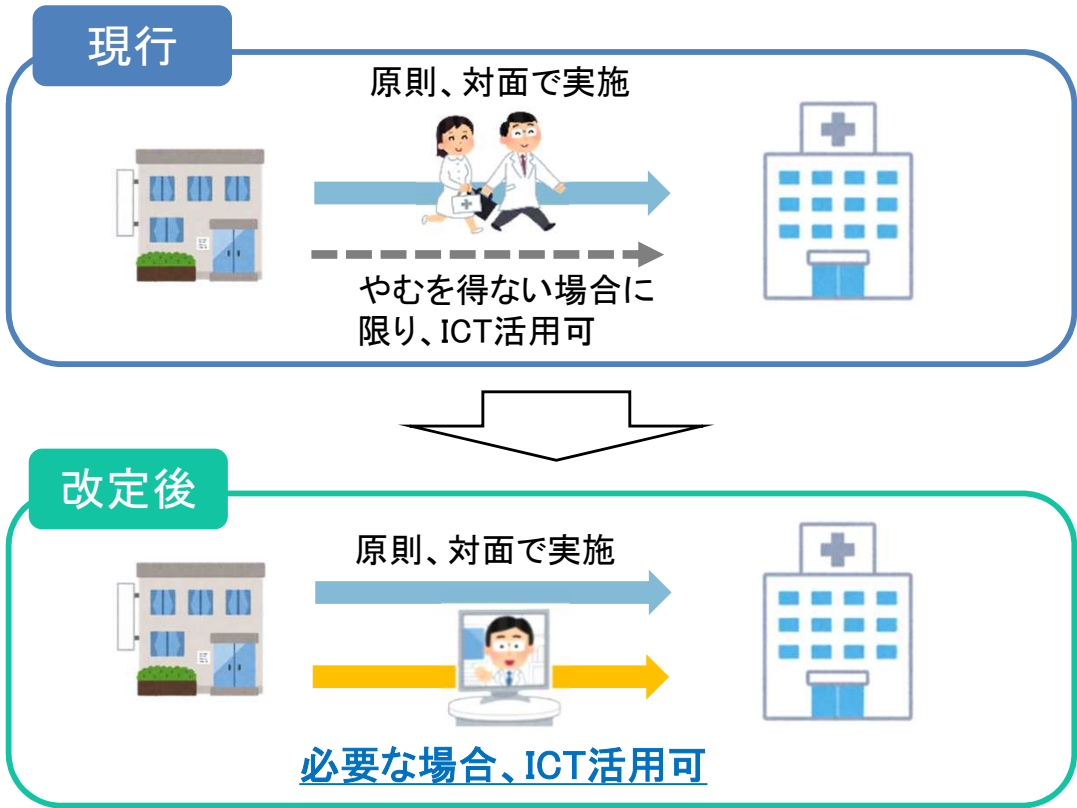
➤ 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう、実施要件を見直す。



【対象となる項目】

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1・2 注1
- ・ 退院時共同指導料2 注3
- ・ 介護支援等連携指導料
- ・ 在宅患者訪問看護・指導料 注9
- ・ 同一建物居住者訪問看護・指導料 注4
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び退院時共同指導加算も同様)



医療機関における業務の効率化・合理化

➤ 医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

会議や研修の効率化・合理化

- 会議
- ➡
- ・安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてもよいと判断した場合においては、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。
- 院内研修
- ➡
- ・抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化。
・急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件を見直す。
- 院外研修
- ➡
- ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。
- 

記録の効率化・合理化

- 診療録
- ➡
- ・栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
・在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
- レセプト
摘要欄
- ➡
- ・画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

事務の効率化・合理化

- 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。
- 文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。



働き方改革に関連した地域全体での取り組み等

夜間・早朝等加算 50点

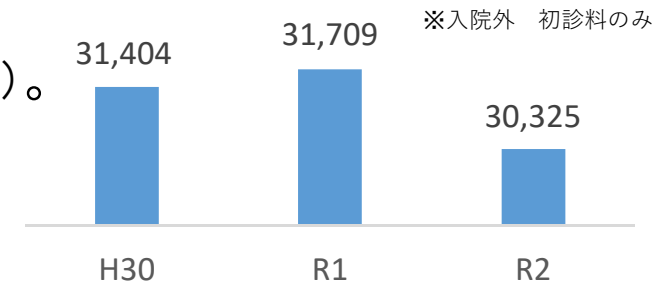
出典：NDBデータ

- 病院勤務医の負担の軽減を図るため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止めることが進むよう、診療所の夜間・早朝等の時間帯における診療を評価するもの（平成20年度改定新設）。

【主な施設基準】

1週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上の診療所 等

算定医療機関数（各年7月時点）¹⁾



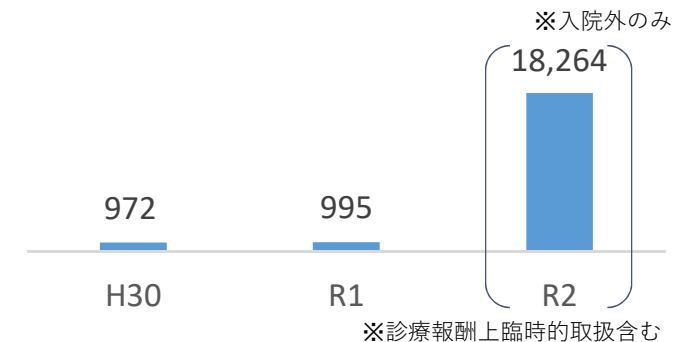
院内トリアージ実施料 300点

- 救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進するために、夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかに院内トリアージを実施することを評価するもの（平成24年度改定新設）。

【主な施設基準】

院内トリアージを行うにつき十分な体制が整備されていること 等

算定医療機関数（各年7月時点）¹⁾



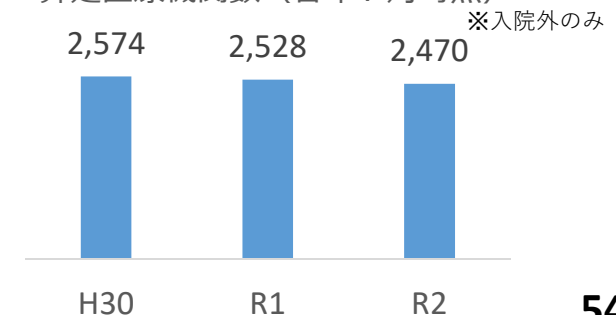
夜間休日救急搬送医学管理料 600点

- 二次救急医療機関における深夜、時間外、休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療を評価するもの（平成24年度改定新設）。

【主な施設基準】

休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる第二次救急医療施設として必要な診療機能、専用病床、重症救急患者の受け入れに対応できる重症救急患者の受け入れに対応できる医療従事者の確保 等

算定医療機関数（各年7月時点）¹⁾



医療機能の分化・強化、連携と 地域包括ケアシステムの推進に関する視点

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療
位置
付け
の

一般病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 888,920床
病床利用率 76.5%
平均在院日数 16.0日

療養病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 310,621床
病床利用率 87.3%
平均在院日数 135.9日

DPC/PDPS

1,727施設 483,747床※2
(▲6,202床)
※2 H31.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

86施設
58,570床※1
(+190床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

20施設 6,315床 (▲304床)

救命救急入院料

374施設 6,360床 (▲51床)

特定集中治療室管理料

624施設 5,235床 (▲24床)

ハイケアユニット入院医療管理料

管理料1 562施設 5,440床
管理料2 30施設 316床
合計 592施設 5,756床 (+344床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

173施設 1,400床 (+82床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 108床 (+14床)

新生児特定集中治療室管理料

233施設 1,652床 (+26床)

総合周産期特定集中治療室管理料

127施設 母児・胎児 815床 (+12床)
新生児 1,653床 (+14床)

新生児治療回復室入院医療管理料

200施設 2,840床 (+76床)

一類感染症患者入院医療管理料

32施設 103床 (±0床)

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
小児入院	76施設	133施設	97施設	372施設	151施設
医療管理料	5,363床	6,272床	2,271床	7,971床	-
	(+126床)	(▲292床)	(+31床)	(▲125床)	

一般病棟入院基本料

592,340床 (▲12,569床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	計
732施設	180施設	440施設	85施設	54施設	59施設	1,550施設
48,551床	9,691床	20,336床	3,720床	2,272床	2,684床	87,254床
(+12,735床)	(▲6,338床)	(+123床)	(▲4,139床)	(+329床)	(▲374床)	(+2,336床)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	計
998施設	1,372施設	51施設	97施設	2,518施設
31,449床	45,367床	1,398床	2,291床	80,505床
(+12,620)	(▲5,460)	(+826)	(+151)	(+8,137)

障害者施設等入院基本料

888施設
70,304床 (+1,883床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床
入院料2 2施設 79床
合計 5施設 217床 (▲6床)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
106施設	102施設	32施設
5,609床	7,211床	447床
(▲172床)	(+116床)	(+16床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 306施設 5,998床
入院料2 130施設 2,648床
合計436施設 8,646床 (+283)

療養病棟入院基本料

215,480床 (▲4,779床)

介護療養 病床

33,331床
※R元.6末病院報告

施設基準届出
令和元年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所（一般） 4,938施設 66,506床 (▲2,462床)

有床診療所（療養） 426施設 4,062床 (▲13床)

精神科救急入院料

入院料1 156施設 9,877床 (+352床)
入院料2 5施設 221床 (+5床)

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 353施設 16,020床 (▲134床)
入院料2 18施設 851床 (+105床)

精神病棟 1,190施設 146,886床 (▲2,838床)

精神科救急・合併症入院料
11施設 374床 (▲50床)

児童・思春期精神科入院
44施設 1,408床 (+140床)

精神療養病棟入院料

825施設 91,209床 (▲763床)
地域移行機能強化病棟入院料
39施設 1,377床 (▲289床)

認知症治療病棟入院料

入院料1 521施設 36,518床 (+1,234床)
入院料2 7施設 660床 (±0床)

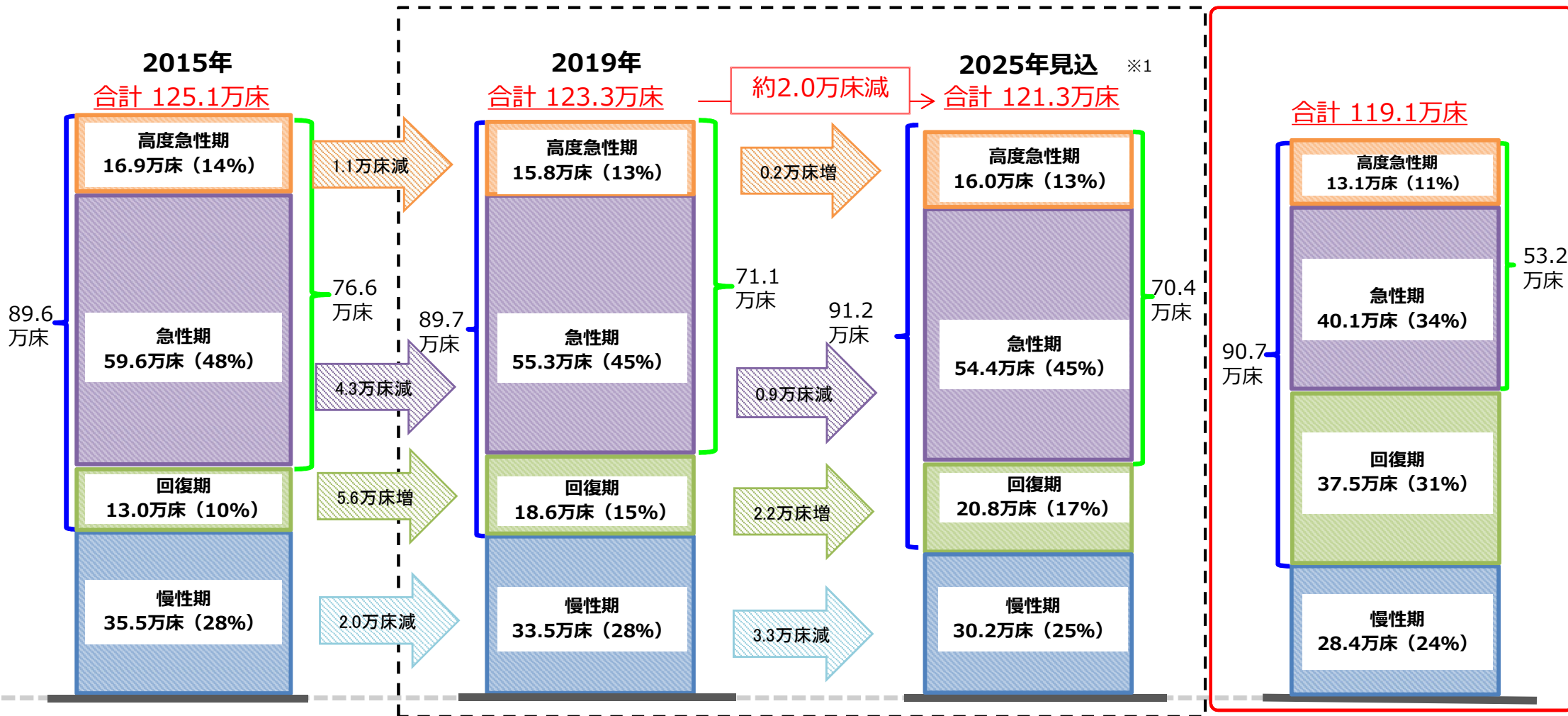
結核病棟 165施設 3,900床 (▲181)

2019年度病床機能報告について

2015年度病床機能報告

2019年度病床機能報告

地域医療構想における ※4
2025年の病床の必要量
(平成28年度末時点の推計)



出典: 2019年度病床機能報告

※1: 2019年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

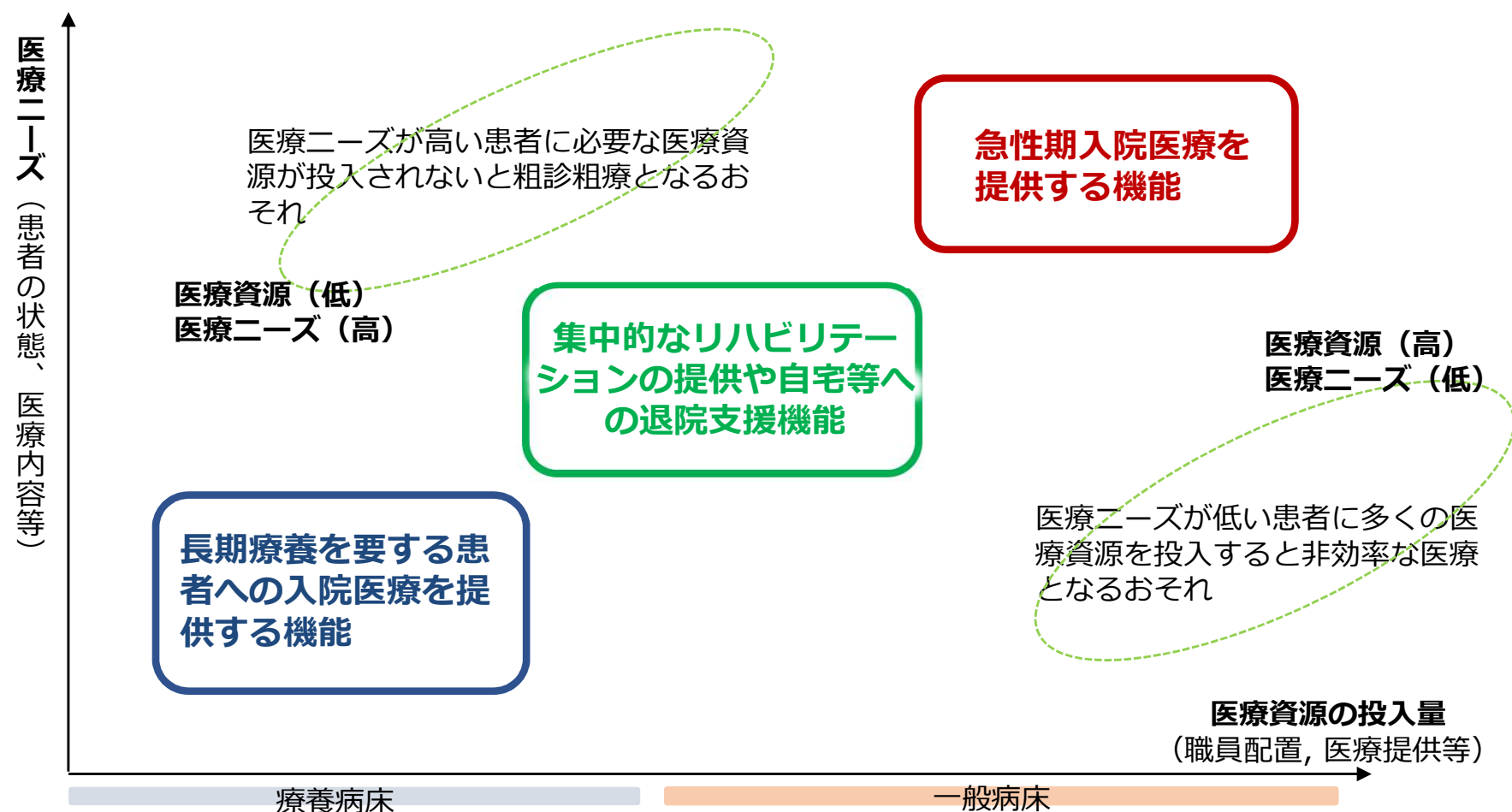
※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

※3: 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

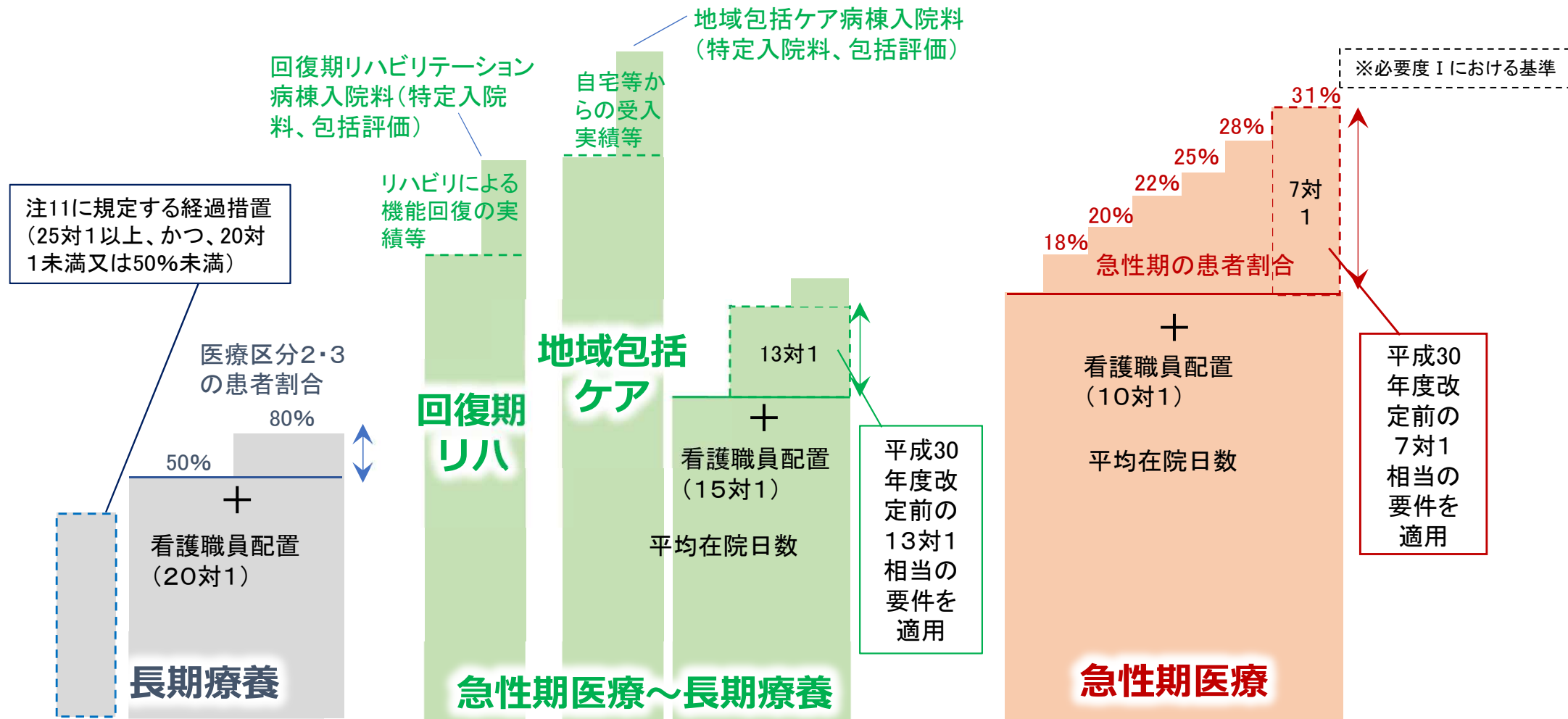
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



入院医療の評価体系(イメージ)

- 入院医療評価体系については、平成30年度改定において基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合した。評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) 等を再編・統合

一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

急性期一般入院料1～7の内容

○ 平成30年度改定において、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編した。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が 看護師)
患者割合 〔 〕内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ	測定していること	18%以上	20%以上	22%以上 [20%以上]※3	25%以上 [23%以上]※2	28%以上 [26%以上]※1	31%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ	測定していること	15%以上	18%以上	20%以上 [18%以上]※3	23%以上 [21%以上]※2	26%以上 [24%以上]※1	29%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—				・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績 が必要		医師の員数が入 院患者数の100 分の10以上
データ提出加算		○(要件)						
点数		1,382点	1,408点	1,429点	1,440点	1,545点	1,619点	1,650点

【経過措置】

<全体>

令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり

⇒**令和3年9月30日まで**基準を満たしているものとする

<200床未満>

許可病床数200床未満の病院

⇒**令和4年3月31日まで**割合の基準値を緩和する。

※[]内は許可病床数200床未満の病院の経過措置

※1現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。
 ※2現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。
 ※3現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

地域一般入院料1～3の内容

平成30年度改定において、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とした。

	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	15対1以上 （4割以上が看護師）	13対1以上 （7割以上が看護師）	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・ 看護必要度の 測定	—		○
データ提出加算	—（要件なし）		
点数	988点	1,153点	1,159点

救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救急入院料	入院料1	～3日 10,223点 ～7日 9,250点 ～14日 7,897点	187 3,578床	・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	4対1	ICU用 測定評価	救命救急 センターを 有している こと
		～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点					
		イ・ロ：～3日 10,223点 イ・ロ：～7日 9,250点 イ：～14日 7,897点 ロ：～60日 8,318点					
	入院料2	～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点	28 234床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす	2対1	ICU用 8割	※「イ」は 救命救急 入院料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
		イ・ロ：～3日 10,223点 イ・ロ：～7日 9,250点 イ：～14日 7,897点 ロ：～60日 8,318点					
		イ・ロ：～3日 11,802点 イ・ロ：～7日 10,686点 イ・ロ：～14日 9,371点 ロ：～60日 8,318点					
	入院料3	～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点	77 1,663床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	4対1	ICU用 測定評価	※「イ」は 救命救急 入院料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
		イ・ロ：～3日 11,802点 イ・ロ：～7日 10,686点 イ・ロ：～14日 9,371点 ロ：～60日 8,318点					
		イ・ロ：～3日 11,802点 イ・ロ：～7日 10,686点 イ・ロ：～14日 9,371点 ロ：～60日 8,318点					
特定集中治療室 管理料 (ICU)	管理料1	～7日 14,211点 ～14日 12,633点	133 1,482床	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	2対1	ICU用 8割	※「イ」は 特定集中 治療室管 理料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
		イ・ロ：～7日 14,211点 イ：～14日 12,633点 ロ：～60日 12,833点					
		～7日 9,697点 ～14日 8,118点					
	管理料2	～7日 9,697点 ～14日 8,118点	361 2,839床	・専任の医師が常時勤務 ・バイオクリーンルームであること	2対1	ICU用 7割	※「イ」は 特定集中 治療室管 理料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
		イ・ロ：～7日 9,697点 イ：～14日 8,118点 ロ：～60日 8,318点					
		～7日 9,697点 ～14日 8,118点					
	管理料3	～7日 9,697点 ～14日 8,118点	72 762床	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	2対1	ICU用 7割	※「イ」は 特定集中 治療室管 理料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
		イ・ロ：～7日 9,697点 イ：～14日 8,118点 ロ：～60日 8,318点					
		～7日 9,697点 ～14日 8,118点					
ハイケアユニット 入院医療管理料 (HCU)	管理料1	6,855点	574 5,388床	・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下	4対1	HCU用 8割	
	管理料2	4,224点	34 339床		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 (SCU)		6,013点	185 1,719床	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可 ・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下	3対1	一般病棟 用(Ⅰ) 測定評価	脳梗塞、 脳出血、く も膜下出 血が8割以 上

※医療機関数及び病床数は令和2年9月16日中医協総会のデータを精査し集計し直したものの。

救命救急入院料等の主な施設基準②

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	看護 配置	その他
小児特定集中治療室 管理料 (PICU)		～7日 16,317点	11 226床	15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満)であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあつては35日)を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務(専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上) ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること
		8日～ 14,211点					
新生児特定集中治療室 管理料 (NICU)	管理料1	10,539点	79 779床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を限度とする。	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上	3対1	
	管理料2	8,434点	152 905床		・専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ・直近1年間の出生体重2500g未満の患者が30件以上		
総合周産期特定集中治療室管理料 (MFICU)	管理料1	7,381点	123 830床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置	3対1	総合/地域周産期母子医療センターであること
	管理料2	10,539点	112 1,618床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日)を限度とする。	・新生児特定集中治療室管理料1の基準を全て満たす ・6床以上設置		
新生児治療回復室 入院医療管理料 (GCU)		5,697点	199 2,882床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日(出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日)を限度とする。	・医療機関内に専任の小児科の常勤医師又は週3日以上を常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置	6対1	

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	—
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	—
	届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

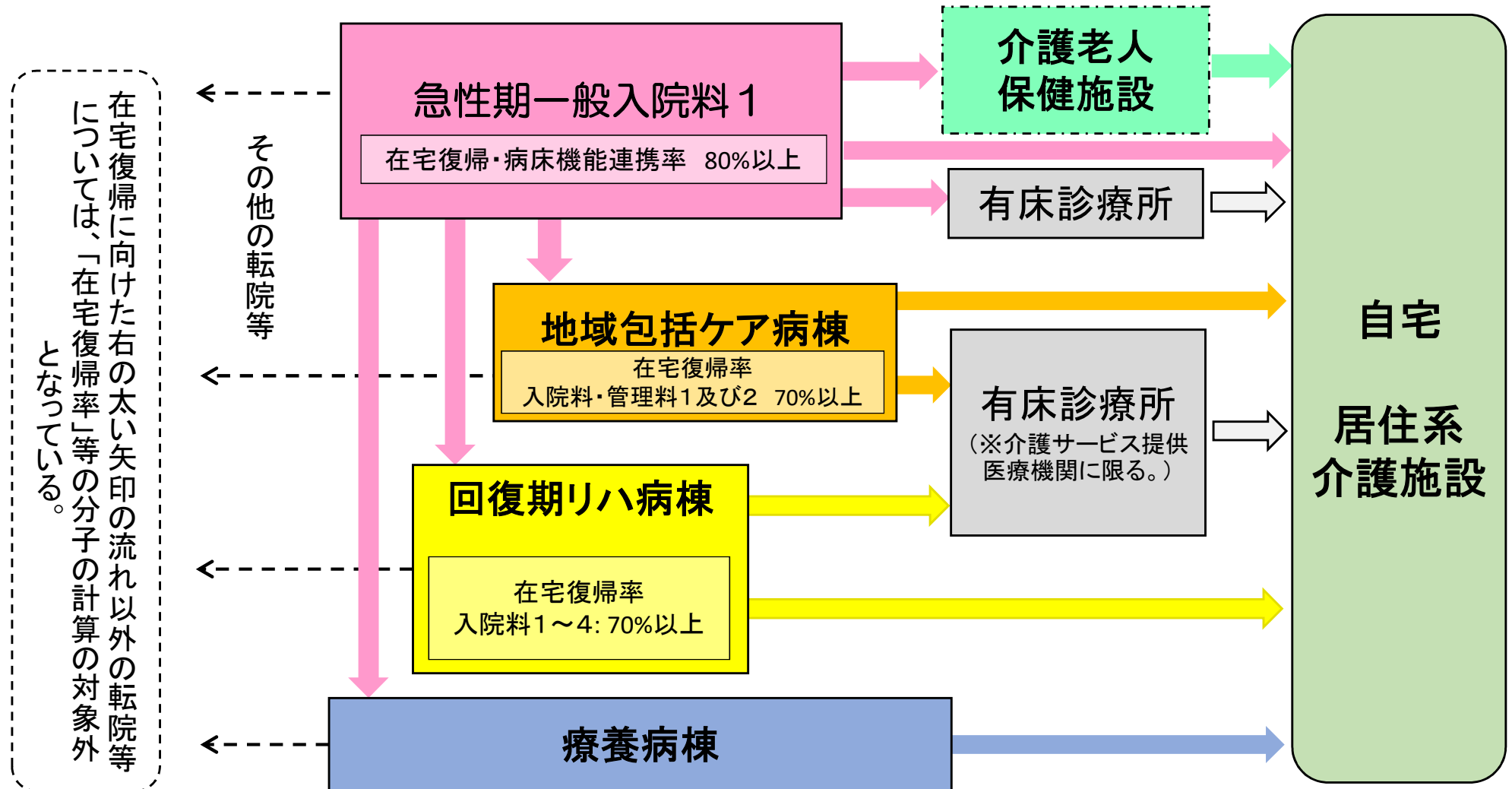
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ(イメージ図)

- 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印(➡)で示す**



※ 転棟患者(自院内の転棟)は除く。
※ 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
 - 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）		15対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		－			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○				○(※経過措置あり)	
休日リハビリテーション	○		－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		－	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		－	
自宅等に退院する割合	7割以上				－	
リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	30以上	－
点数 ※()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

実績部分

* 1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～ 968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～ 903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の 85/100を算定

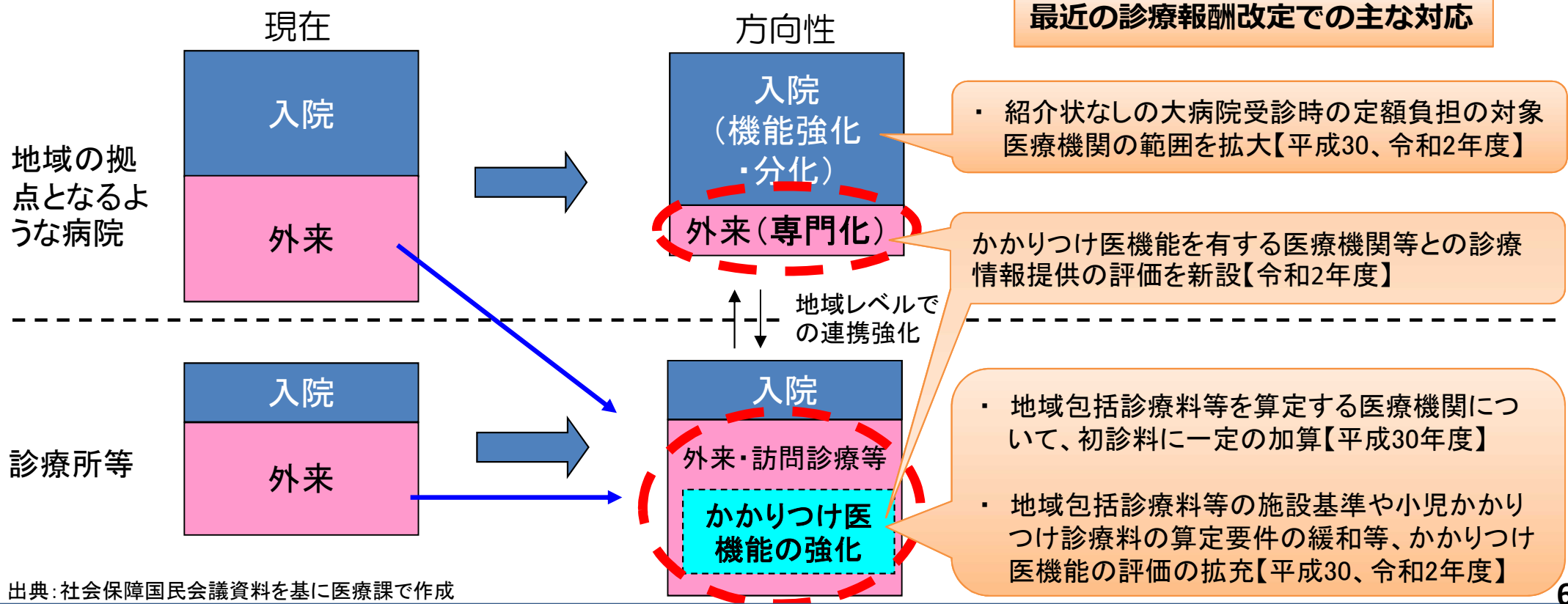
* :生活療養を受ける場合の点数は除く。

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



1. 外来機能の明確化・連携

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

〔現状及び課題〕

- 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面。外来医療の高度化も進展。このような地域の状況の変化に対応して、質の高い外来医療の提供体制を確保・調整していくことが課題。
- 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を強化していくことが課題。
- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られている状況とは言えない。患者にいわゆる大病院志向がある中で、再診患者の逆紹介が十分に進んでいないこと等により一定の医療機関の外来患者が多くなり、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題。
- 外来機能の明確化・連携は、これまで医療関係者の自主的な取組が進められてきたものの、地域によっては取組が進んでいないところもあり、これをさらに進めていくことが重要。

〔具体的方策・取組〕

(1) 全体の枠組み

- 紹介患者を基本とする外来として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を議論することは、外来医療全体の在り方の議論のために必要な第一歩。
- 各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能を報告し、その報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整。
- 患者の分かりやすさや地域の協議を進めやすくする観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化。地域の患者の流れがより円滑になり、病院の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に資すると期待。

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に次の機能が考えられるが、具体的な内容は、今後さらに検討。(※)
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）
- ※ (2)～(4)において、「今後さらに検討」とした事項は、地域医療の担い手も参画するとともに、患者の立場も考慮した専門的な検討の場において検討。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)の呼称は、患者の立場からみた呼称として、紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来などの意見。今般の趣旨を適切に表すことに留意しつつ、国民の理解が得られるよう、国民の分かりやすさの観点から、今後さらに検討。

外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要）②

令和2年12月11日 医療計画の見直し等に関する検討会

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

(3) 外来機能報告（仮称）

- 病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行う。
- 外来機能報告（仮称）を行う医療機関は、まずは、併せて報告する病床機能報告と同様、一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本とし、無床診療所については、任意で外来機能報告（仮称）を行うことができる。
- 外来機能報告（仮称）の具体的な報告事項は、今後さらに検討。

(4) 地域における協議の仕組み

- 都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付ける。外来機能報告（仮称）を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行う。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告（仮称）の中で報告する。紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、(2)①～③の割合等の国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の呼称や、国の示す基準は、今後さらに検討。
- 診療科ごとの外来医療の分析、紹介・逆紹介の状況の分析等は、今後さらに検討。再診患者の逆紹介が適切に進むように配慮。

2. かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の促進

(1) かかりつけ医機能の強化

- かかりつけ医機能について、日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日・夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る。
- 医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。
- 医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

(2) 外来医療における多職種の役割

- 外来医療において、多職種が連携して、それぞれの専門性を発揮しており、チームとしての役割・連携を推進。

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

- 上手な外来医療のかかり方のポイント、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関・団体が周知・啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有。国においても、医療関係団体等の協力の下、国民・患者に対して積極的に周知・啓発。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

かかりつけ医機能に係る評価の経緯

改定年度	項目	概要
平成26年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	(新設) 複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成28年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	(施設基準の緩和) 病院の場合「2次救急指定病院または救急告示病院」である必要があったところを削除。診療所における医師の配置基準を緩和。
	認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療加算	(新設) 複数疾患を有する認知症患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
	小児かかりつけ診療料	(新設) 3歳未満の小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成30年度	機能強化加算	(新設) かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の可否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する加算を新設。
	地域包括診療料 地域包括診療加算 認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療加算	(医師配置基準の緩和・在宅への移行実績を評価) ・診療所における医師の配置基準を緩和。患者の受診医療機関・処方薬の把握を看護師等も実施可能であることを明確化。 ・在宅への移行実績を評価する診療料1・加算1を設定。 ・加算について、24時間対応の要件を緩和。
令和2年度	地域包括診療加算	(施設基準の緩和) 時間外への対応に係る要件を緩和。
	小児かかりつけ診療料 小児外来診療料	(要件緩和等) 算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大。院内処方を行わない場合の取扱いの見直し。
	機能強化加算	(要件見直し) 院内の掲示等の情報提供に係る要件について、必要に応じて専門医又は専門医療機関への紹介を行っている等を追加。また当該内容を持ち帰れる形で置くことを追加。
	診療情報提供料(Ⅲ)	(新設) かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元の医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を新設。

かかりつけ歯科医について

■かかりつけ歯科医とは

かかりつけ歯科医とは、安全・安心な歯科医療の提供のみならず医療・介護に係る幅広い知識と見識を備え、地域住民の生涯に亘る口腔機能の維持・向上をめざし、地域医療の一翼を担う者としてその責任を果たすことができる歯科医師をいう。

■かかりつけ歯科医が担う役割

患者の乳幼児期から高齢期までのライフステージに応じた継続管理や重症化予防のための適切な歯科医療の提供および保健指導を行い、口腔や全身の健康の維持増進に寄与すること。

また、地域の中では、住民のために行政や関係する各団体と共に歯科健診などの保健活動等を通じ口腔保健向上の役割を担い、地域の関係機関や他職種と連携し、通院が困難な患者にさまざまな療養の場で切れ目のない在宅歯科医療や介護サービスを提供するとともに、地域包括ケアに参画することなどがかかりつけ歯科医の役割である。

かかりつけ歯科医機能評価の充実

- かかりつけ歯科医機能をより一層推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の見直しや、かかりつけ医との情報共有・連携の評価を行う。

- ・ う蝕・歯周病の継続管理の算定実績の明確化

連携



- ・ 在宅療養支援歯科診療所との連携を評価

連携



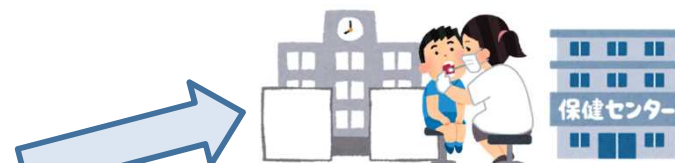
- ・ 在宅医療、介護に関する連携等を評価
- ・ 多職種連携の評価 等



歯科訪問診療への移行



- ・ 外来から歯科訪問診療に移行した場合を評価



- ・ 学校歯科医等の実績

- ・ 歯科疾患の継続管理
- ・ 小児の口腔機能管理
- ・ 高齢者の口腔機能管理
- ・ 緊急時の対応



- ・ 研修内容

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

○ 平成30年度診療報酬改定において、う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績を要件として追加する等の要件の見直しを行った。

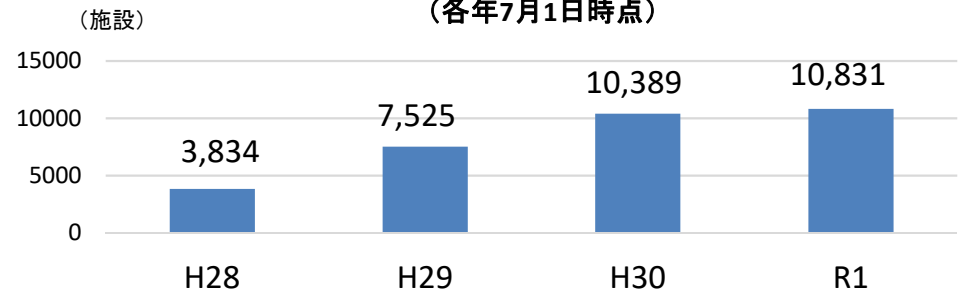
【施設基準】

- 過去1年間に歯周病安定期治療（Ⅰ）又は（Ⅱ）を合計30回以上算定実績。
- 過去1年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算を合計10回以上算定実績。
- クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨の届出。
- 歯科初診料の注1に規定する施設基準の届出。
- 過去1年間に歯科訪問診療1若しくは2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1若しくは2に依頼した歯科訪問診療の回数が合計5回以上であること。
- 過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料を合計5回以上算定している実績があること。
- 当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修（口腔機能の管理を含む）、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。
- 以下のうちの3つ以上に該当していること。
 - ・過去1年間に、居宅療養管理指導の提供実績。
 - ・地域ケア会議に年1回以上出席。
 - ・介護認定審査会の委員の経験。
 - ・在宅医療に関するサービス担当者会議、病院・介護保険施設等で実施される多職種連携会議等に参加。
 - ・栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定実績。
 - ・在宅医療・介護等に関する研修を受講。
 - ・過去1年間に、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定実績。
 - ・認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講。
 - ・自治体等が実施する事業に協力。
 - ・学校歯科医等に就任。
 - ・歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定実績。

＜かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の診療報酬上の評価＞

区分	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	その他
エナメル質初期う蝕管理加算	260点	—
長期管理加算	120点	100点
歯科訪問診療補助加算	同一建物居住者以外の場合 115点、 同一建物居住者の場合50点	同一建物居住者以外の場合 90点、 同一建物居住者の場合30点
歯科訪問診療移行加算	150点	100点
在宅患者 訪問口腔リハビリテー ション指導管理料	右記 +75点	10歯未満 350点 10歯以上20歯未満 450点 20歯以上 550点
小児在宅患者 訪問口腔リハビリテー ション指導管理料	右記 +75点	450点
歯周病安定期治療（Ⅱ）	10歯未満 380点 10歯以上20歯未満 550点 20歯以上 830点	—

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出医療機関数
（各年7月1日時点）



出典：保険局医療課調べ

かかりつけ薬剤師

日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師

<かかりつけ薬剤師・薬局に求められること>

- 地域における必要な医薬品（要指導医薬品等を含む。）の供給拠点であること
- 医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在であること
- 患者からの選択に応えられるよう、かかりつけ医との連携の上で、在宅医療も含め、患者に安全で安心な薬物療法を提供すること
- 地域における総合的な医療・介護サービス（地域包括ケア）を提供する一員として、患者ごとに最適な薬学的管理・指導を行うこと

かかりつけ薬剤師・薬局が必要となる患者像

「患者のための薬局ビジョン」から抜粋・要約

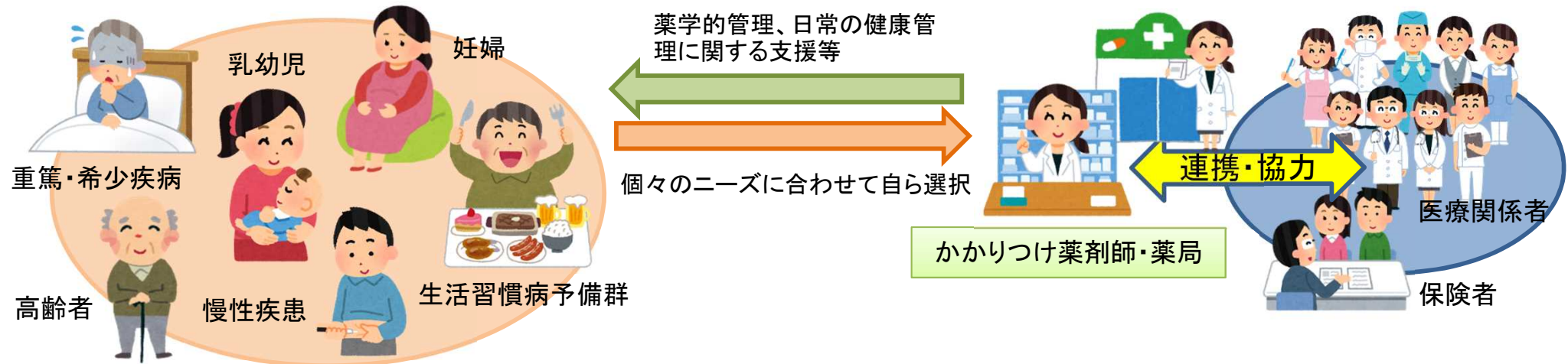
（１）特にかかりつけ薬剤師・薬局が重要な場合

以下のような服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者

- ① 高齢者
- ② 生活習慣病などの慢性疾患を有する患者
- ③ 重篤あるいは希少な疾患等の患者
- ④ 妊婦
- ⑤ 乳幼児 など

（２）かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶことが望ましい場合（日頃からの健康管理に関する支援等として）

- ① 生活習慣病の予備群
- ② 日常の健康管理が求められる層



服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者、
日常の健康管理が求められる層

かかりつけ薬剤師について(令和2年度改定後)

かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

かかりつけ薬剤師指導料 76点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[かかりつけ薬剤師の主な業務]

- ・薬の一元的・継続的な把握
- ・薬の飲み合わせなどのチェック
- ・薬に関する丁寧な説明
- ・時間外の電話相談
- ・他の医療関係者との連携
- ・飲み残した場合の薬の整理
- ・調剤後のフォロー
- ・在宅療養が必要になった場合の対応
- ・血液・生化学検査結果等をもとにした説明

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

(1) 以下の経験等を全て満たしていること。

ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。

イ 当該保険薬局に週32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあっては、週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務していること。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。

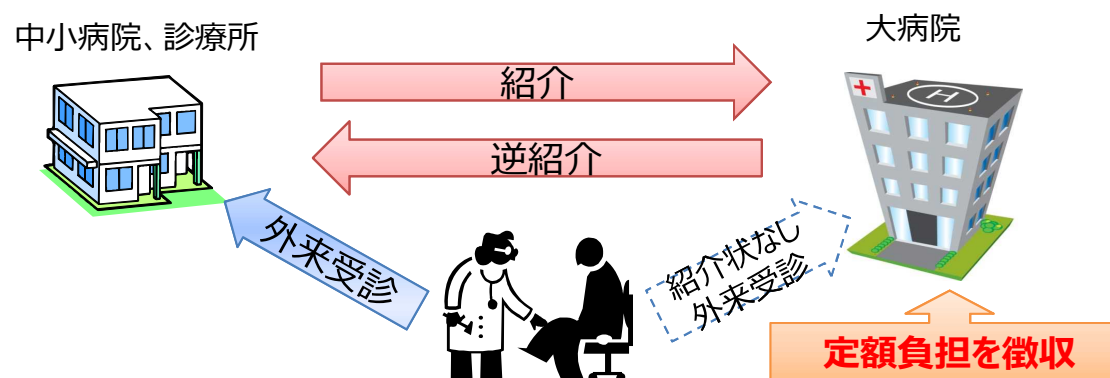
(2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

(3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

(4) 患者との会話のやり取りが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること

紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。
- ① 特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者

選定療養（平成8年度～）

（紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することができる。（一般病床200床以上の病院が対象）

対象除外

- | |
|---|
| ① 緊急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者（事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る） |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |

大病院受診時定額負担（平成28年度～）

（紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することが義務付けられている。（特定機能病院又は一般病床200床以上の地域医療支援病院が対象）

対象除外

- | |
|---|
| ① 救急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者（事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る） |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |
| ⑥ 自施設の他の診療科を受診している患者 |
| ⑦ 医科と歯科との間で院内紹介された患者 |
| ⑧ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 |
| ⑨ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 |
| ⑩ 外来受診から継続して入院した患者 |
| ⑪ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 |
| ⑫ 治験協力者である患者 |
| ⑬ 災害により被害を受けた患者 |
| ⑭ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 |
| ⑮ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者 |

対象除外にできる

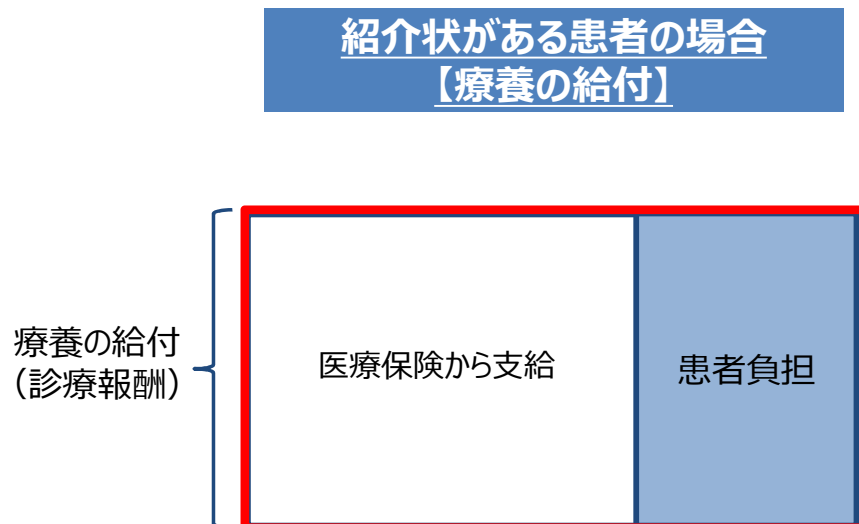
大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充について

見直し案

- 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が必要。
- **日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るという流れをより円滑にするため、現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（選定療養）を以下のように見直してはどうか。**
 - ① **新たに設けられる「紹介患者への外来を基本とする医療機関」にも、対象医療機関を拡大する。**
※一般病床200床以上のみ
 - ② **かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額する。（例外的・限定的な取扱）**
※一定額の例：初診の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円
※外来初診患者数全体に占める定額負担徴収患者の比率は、定額負担5,000～7,000円の場合は10.9%であるが、7,000円～10,000円の場合は5.3%
 - ③ さらに、**大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等**を行う。

外来機能分化に沿った受診

例外的・限定的な取扱



※ 現行の算定額から一定額を控除した額を基準として選定療養費を支給

特定機能病院等における紹介率・逆紹介率について

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上
【医療法】要件	紹介率50%以上・逆紹介率40%以上となるよう努めること。(※1)	次のいずれかに該当すること。(※2) ア. 紹介率80%以上 イ. 紹介率60%以上かつ逆紹介率30%以上 ウ. 紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上	
【報酬】初診料の減算規定	紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上を除く)		紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上を除く)
紹介率＝	(紹介患者数＋救急搬送者数) ÷ 初診患者数	【医療法】 紹介患者数 ÷ 初診患者数 【報酬】 (紹介患者数＋救急搬送者数) ÷ 初診患者数	(紹介患者数＋救急搬送者数) ÷ 初診患者数
逆紹介率＝	逆紹介患者数 ÷ 初診患者数		
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 以下を含む。 ・ 紹介元からの電話情報により、特定機能病院の医師が紹介状に転記する場合 ・ 他の医療機関における検診の結果により精密検診のための受診で紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についての記載がされている		
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 以下を含む。 ・ 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 ・ 紹介元に返書により紹介した患者	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 ・ 診療状況を示す文書を添えて紹介（診療情報提供料を算定）した患者 ・ 地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者	
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除く。 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除く。 ・ 救急搬送者 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診の患者の数。		

※1 医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月18日) (健政発第19号)

※2 医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成10年5月19日) (健政発第639号)

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

紹介率・逆紹介率の低い病院に対する初再診料等減算

- 特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）であって、紹介率・逆紹介率の低い病院における初診料及び外来診療料について適正な評価を行うことで、外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。
（平成24年度診療報酬改定において新設）

①初診料 214点（紹介のない場合）

②外来診療料 55点（他医療機関へ文書による紹介を行う旨の
申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合）

※ 本来の初診料又は外来診療料保険外併用療養費（選定療養）を利用可能

[対象病院]

- ・ 特定機能病院と地域医療支援病院（一般病床200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設
- ・ 許可病床数が400床以上の全ての病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床が200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設

※ 紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間とし、毎年10月に地方厚生（支）局長に報告する。
（ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6ヶ月間で実績の基準を満たした場合は翌年の4月1日までに報告する。）

[算定要件]

- ① 初診料： 他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）に対して初診を行った場合。
- ② 外来診療料： 他の病院（許可病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）に対して再診を行った場合。

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む） ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

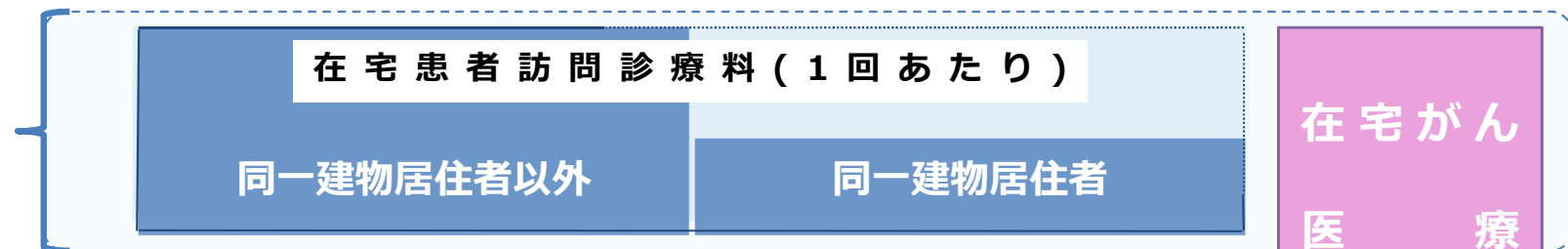
- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等

在宅医療における診療報酬上の評価構造(イメージ)

- 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

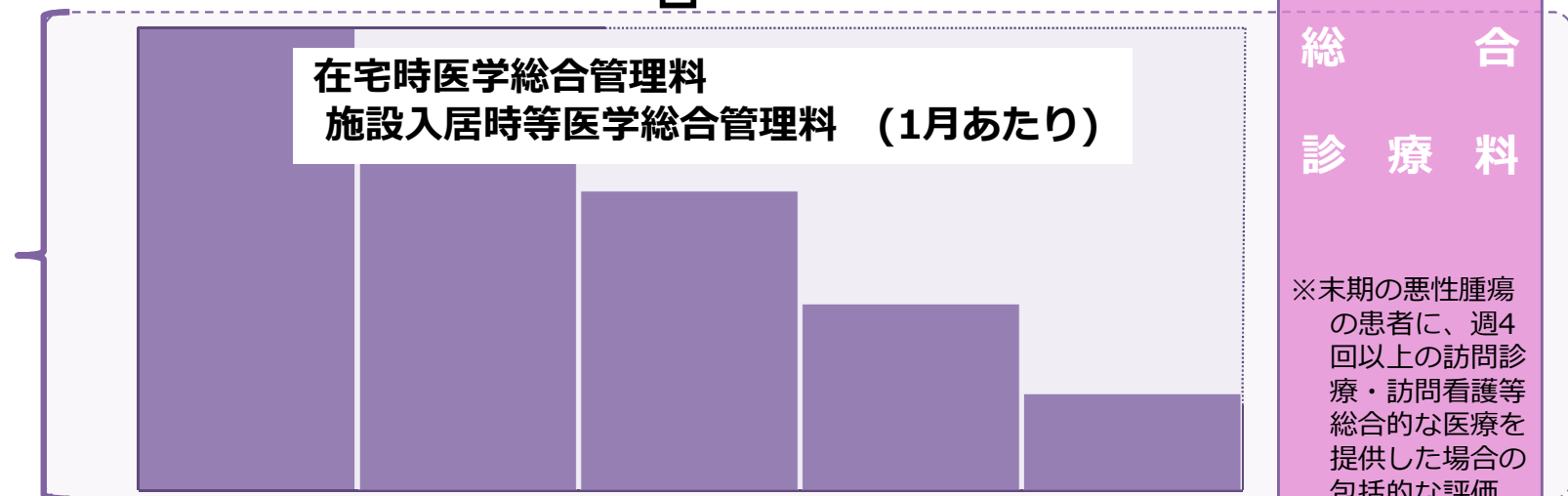
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

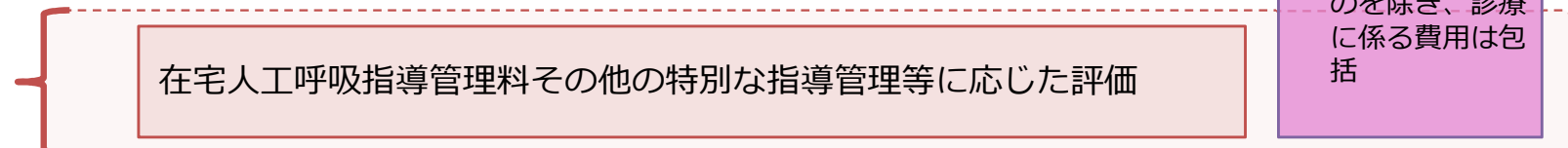


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



③指導管理等に対する評価



※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

主な診療報酬の比較

主な診療報酬 ※ 在宅療養支援診療所：在宅診 在宅療養支援病院：在宅病		機能強化型在宅診・ 在宅病（病床あり）			機能強化型在宅診・ 在宅病（病床なし）			在宅診・在宅病			その他		
往診料の加算等 緊急往診加算 夜間休日加算 深夜加算		850点 1700点 2700点			750点 1500点 2500点			650点 1300点 2300点			325点 650点 1300点		
在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 在宅ターミナルケア加算		6500点			5500点			4500点			3500点		
在宅時 医学総合管理料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
	①月2回以上訪問 （重症患者）	5400点	4500点	2880点	5000点	4140点	2640点	4600点	3780点	2400点	3450点	2835点	1800点
	②月2回訪問	4500点	2400点	1200点	4100点	2200点	1100点	3700点	2000点	1000点	2750点	1475点	750点
	③月1回訪問	2760点	1500点	780点	2520点	1380点	720点	2300点	1280点	680点	1760点	995点	560点
施設入居時等 医学総合管理料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
	①月2回以上訪問 （重症患者）	3900点	3240点	2880点	3600点	2970点	2640点	3300点	2700点	2400点	2450点	2025点	1800点
	②月2回訪問	3200点	1700点	1200点	2900点	1550点	1100点	2600点	1400点	1000点	1950点	1025点	750点
	③月1回訪問	1980点	1080点	780点	1800点	990点	720点	1640点	920点	680点	1280点	725点	560点
在宅がん医療 総合診療料	院外処方	1800点			1650点			1495点			—		
	院内処方	2000点			1850点			1685点			—		

訪問看護提供体制の充実

機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し

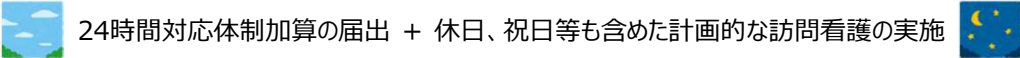
- 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現行	改定後
【機能強化型訪問看護管理療養費】 [施設基準] 機能強化型1 - 常勤の看護職員 7人以上 機能強化型2 - 常勤の看護職員 5人以上 機能強化型3 - 常勤の看護職員 4人以上	【機能強化型訪問看護管理療養費】 [施設基準] 機能強化型1 - 常勤の看護職員 7人以上 <u>(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)</u> <u>看護職員 6割以上※</u> 機能強化型2 - 常勤の看護職員 5人以上 <u>(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)</u> <u>看護職員 6割以上※</u> 機能強化型3 - 常勤の看護職員 4人以上 <u>看護職員 6割以上※</u> [経過措置] (看護職員割合の要件について) 令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ 看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)の割合は、看護師等(看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)に占める看護職員の割合を指す。 (人員配置に係る基準のみ抜粋)

訪問看護提供体制の充実

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※ 1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※ 2	常勤 7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応			
重症度の高い利用者の受入れ	別表 7 の利用者 月10人以上	別表 7 の利用者 月7人以上	別表 7・8 の利用者、精神科重症患者 or 複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※ 3	以下のいずれか ・ターミナル 前年度 20件以上 ・ターミナル 前年度 15件以上 + 重症児 常時 4人以上 ・重症児 常時 6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度 15件以上 ・ターミナル 前年度 10件以上 + 重症児 常時 3人以上 ・重症児 常時 5人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の 1 割程度について、介護サービス等計画を作成 ・特定相談支援事業所 or 障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画 or 障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の 1 割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施（望ましい） 		
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が 1 割以上

※ 1 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出ていない場合は、7,440円。
※ 2 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合。令和 3 年 3 月末までの経過措置あり。
※ 3 重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

専門性の高い看護師による同行訪問の充実

人工肛門・人工膀胱の合併症を有する利用者を対象に追加

➤ 利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハ、在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様

改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者
- ・**人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者**

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

ストーマ陥凹の例

凸面型装具に固定ベルトを併用して、安定した密着を得られるよう調整。姿勢の変化により深くぼみができるため、用手形成皮膚保護剤で調整し、便のもぐり込みを予防した。



【出典】消化管ストーマ関連合併症の予防と治療・ケアの手引き
(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本大腸肛門病学会編、金原出版、2018)

在宅療養支援歯科診療所の見直し(主要内容)

在宅療養支援歯科診療所の役割を明確化するとともに機能に応じた評価となるよう見直しを行う。

- ・在宅医療、介護に関する連携等
- ・多職種連携 等



連携

口腔機能管理の
推進



- ・多職種連携による口腔機能管理

在宅療養支援歯科診療所



【在宅療養支援歯科診療所1】
(従来より連携機能を強化)



【在宅療養支援歯科診療所2】
(従来の在宅療養支援歯科診療所に相当)

連携



- ・他の保険医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等との連携

研修内容の見直し

- ・高齢者の心身の特性
- ・認知症高齢者の特徴
- ・高齢者の口腔機能管理
- ・緊急時対応

- ・認知症に関する研修の追加

在宅歯科医療の推進

歯科疾患在宅療養管理料の評価の見直し

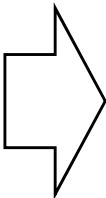
➤ 歯科疾患在宅療養管理料について、評価を充実する。



現行

【歯科疾患在宅療養管理料】

- | | |
|-------------------|------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 | 320点 |
| 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 | 250点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 190点 |



改定後

【歯科疾患在宅療養管理料】

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 | 320点 |
| 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 | 250点 |
| 3 1及び2以外の場合 | <u>200点</u> |



在宅歯科医療の推進

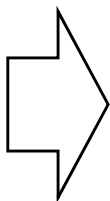
栄養サポートチーム等連携加算の対象拡大

- 多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を設定する。

現行

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】
450点

注1～注5 略



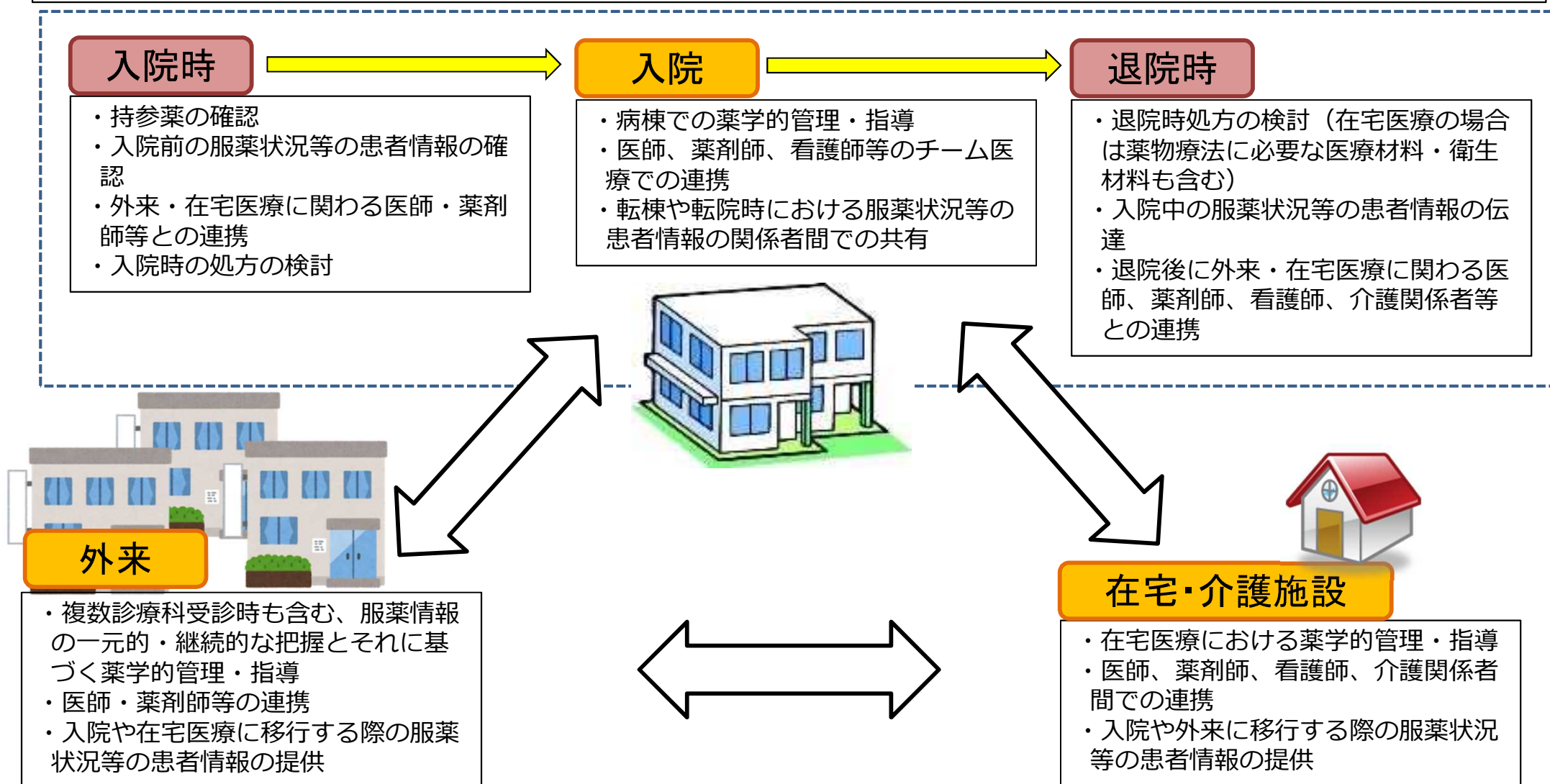
改定後

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】
450点

(新)注6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

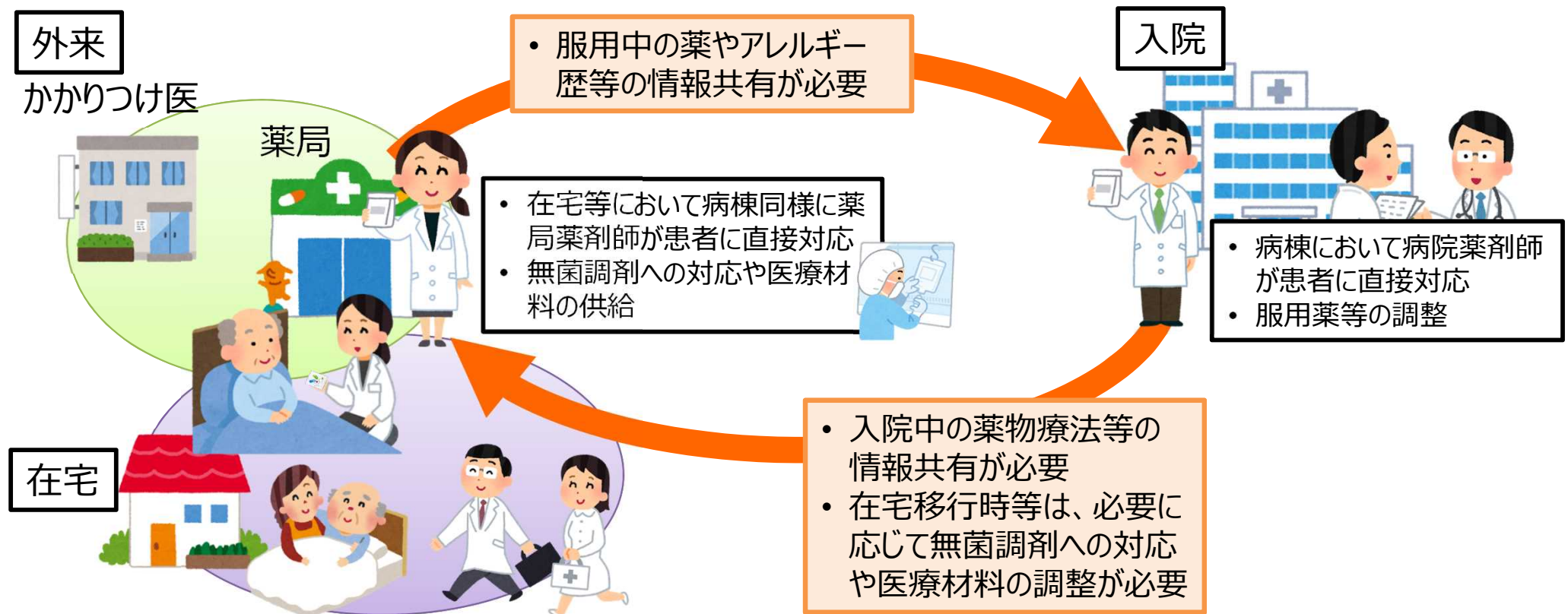
注7 当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

- 安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療・介護サービスを提供する上で、患者の薬物療法に関しても、有効で安全な薬物療法を切れ目なく継続的に受けられるようにすることが必要。
- このため、薬物療法に関わる関係者が、患者の服薬状況等の情報を共有しながら、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが求められる。



病院薬剤師と薬局薬剤師のシームレスな連携の必要性

- 入院医療だけでは完結しない → 地域包括ケアシステムでの対応
- 入退院時における患者の薬物療法に関する情報共有、処方薬の調整等をどのように対応するか
- 薬局薬剤師（かかりつけ薬剤師）、病院薬剤師ともに、地域包括ケアシステムの下で何をすべきか考える必要がある
(薬剤師同士だけではなく、多職種との連携 = 地域のチーム医療)



薬局における訪問薬剤管理指導業務(診療報酬)

項目	内容	点数	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合 (+麻薬管理指導加算) (+乳幼児加算)	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	650点 320点 290点 (+100点) (+100点)	薬剤師1人週 40回まで 患者1人につき 月4回まで※
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 2 1以外の場合 (+麻薬管理指導加算) (+乳幼児加算)	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	1:500点 2:200点 (+100点) (+100点)	月4回まで
○在宅患者緊急時等共同指導料 (+麻薬管理指導加算) (+乳幼児加算)	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	700点 (+100点) (+100点)	月2回まで
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	40点 30点	
○(調剤料)在宅患者調剤加算	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	15点	

※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回まで

(参考) 介護報酬

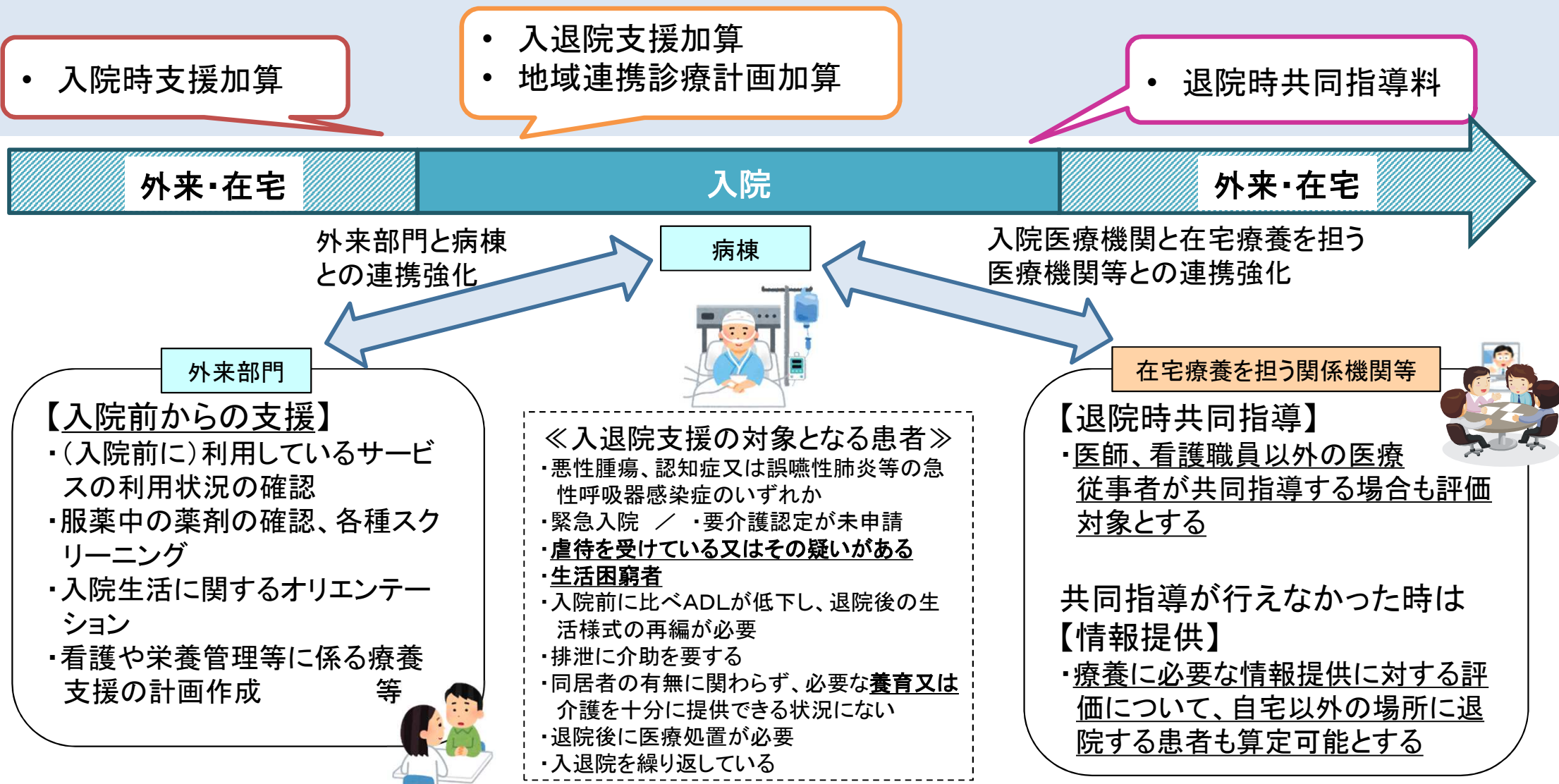
○ 居宅療養管理指導費(薬局の薬剤師が行う場合)

- | | | | |
|-------------------|-------|---------|---------|
| ・単一建物居住者が1人の場合 | 517単位 | (麻薬指導加算 | +100単位) |
| ・単一建物居住者が2～9人の場合 | 378単位 | (麻薬指導加算 | +100単位) |
| ・単一建物居住者が10人以上の場合 | 341単位 | (麻薬指導加算 | +100単位) |

患者・国民にとって身近であって、
安心・安全で質の高い医療を実現する視点

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。



不妊治療の流れ(概略図)

中 医 協 総 - 2
3 . 1 . 1 3 (改)

保険適用

検査



①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からない機能性不妊に大別される。
診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。

原因の治療

男性不妊の治療

精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。
手術療法や薬物療法が行われる。

女性不妊の治療

子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。
手術療法や薬物療法が行われる。

機能性不妊や治療が奏功しないもの

人工授精(AIH)

精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的、安価。

夫婦間で行われる
人工授精など

特定
不妊
治療

体外受精

体外で受精させ、妊娠を図る。採卵を伴うため、女性側の身体的負担が重い。主に、人工授精後や女性不妊の場合に用いられる。

顕微授精

体外受精のうち、人工的に(卵子に注射針等で精子を注入するなど)受精させるもの。

男性に対する治療

顕微鏡下精巣内精子回収法(MD-TESE)。手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する。

国費で助成(不妊に悩む方への特定治療支援事業の対象)

精子提供による
人工授精(AID)

卵子・胚提供

代理懐胎

配偶子又は胚の提供及びあっせんに関する規制等の在り方、配偶子の提供を伴う生殖補助医療を受けた者、配偶子の提供者及び当該医療により出生した子に関する情報の保存、管理及び開示等の課題が存在

※「生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律」(令和2年法律第76号、令和3年3月11日施行)に生殖補助医療の適切な提供等を確保するための事項等に係る検討規定が盛り込まれている。

保険適用外

不妊に悩む方への特定治療支援事業について

1. 事業の概要

- 要旨 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成
- 対象治療法 体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）
- 対象者 特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された夫婦（治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦）
- 給付の内容
 - ① 1回30万円
 - ※凍結胚移植（採卵を伴わないもの）及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものについては、1回10万円
 - 通算回数は、初めて助成を受けた際の治療期間初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは通算6回まで、40歳以上43歳未満であるときは通算3回まで助成（1子ごと）
 - ② 男性不妊治療を行った場合は30万円 ※精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術
- 所得制限 なし
- 指定医療機関 事業実施主体において医療機関を指定
- 実施主体 都道府県、指定都市、中核市
- 補助率等 1/2（負担割合：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/2）、安心こども基金を活用
- 予算額 令和2年度第三次補正予算 370億円

2. 沿革

平成16年度創設	1年度あたり給付額10万円、通算助成期間2年間として制度開始
平成18年度	通算助成期間を2年間→5年間に延長
平成19年度	給付額を1年度あたり1回10万円・2回に拡充、所得制限を650万円→730万円に引き上げ
平成21年度補正	給付額1回10万円→15万円に拡充
平成23年度	1年度目を年2回→3回に拡充、通算10回まで助成
平成25年度	凍結胚移植（採卵を伴わないもの）等の給付額を見直し（15万円→7.5万円）
平成25年度補正	安心こども基金により実施
平成26年度	妻の年齢が40歳未満の新規助成対象者の場合は、通算6回まで助成（年間助成回数・通算助成期間の制限廃止）※平成25年度の有識者検討会の報告書における医学的知見等を踏まえた見直し（完全施行は平成28年度）
平成27年度	安心こども基金による実施を廃止し、当初予算に計上
平成27年度補正	初回治療の助成額を15万→30万円に拡充 男性不妊治療を行った場合、15万円を助成
平成28年度	妻の年齢が43歳以上の場合は、助成対象外。妻の年齢が40歳未満の場合は通算6回まで、40歳以上43歳未満の場合は通算3回まで助成（年間助成回数・通算助成期間の制限廃止）
令和元年度	男性不妊治療にかかる初回の助成額を15万→30万円に拡充
令和2年度補正	所得制限の撤廃、妻の年齢が40歳未満の場合は1子あたり6回まで、40歳以上43歳未満の場合は1子あたり3回まで助成（通算助成上限回数の制限廃止）、男女とも2回目以降の治療の助成額を15万→30万円に拡充、一部の事実婚も助成対象へ。

3. 支給実績

平成16年度	17, 657件
平成17年度	25, 987件
平成18年度	31, 048件
平成19年度	60, 536件
平成20年度	72, 029件
平成21年度	84, 395件
平成22年度	96, 458件
平成23年度	112, 642件
平成24年度	134, 943件
平成25年度	148, 659件
平成26年度	152, 320件
平成27年度	160, 733件
平成28年度	141, 890件
平成29年度	139, 752件
平成30年度	137, 928件
令和元年度	135, 529件

不妊治療のガイドライン策定について

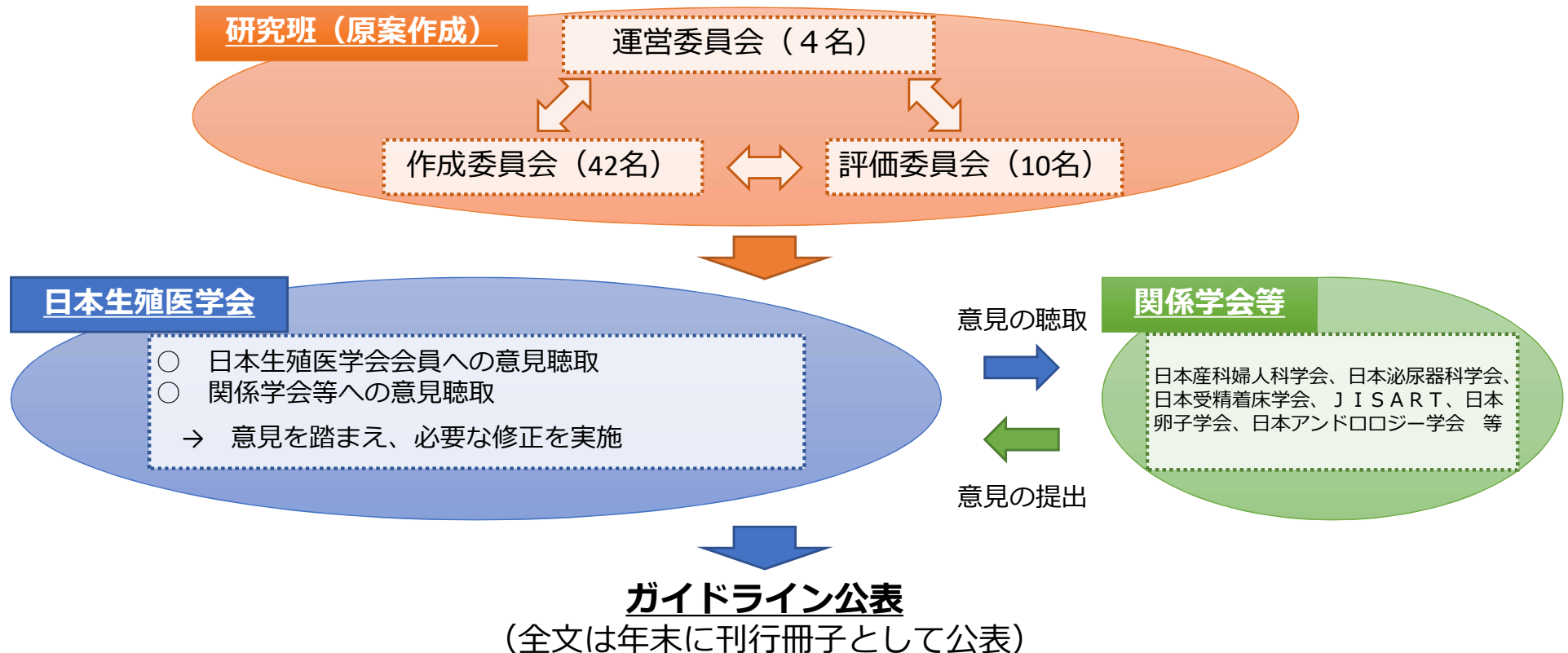
【ガイドラインの策定までの経緯】

- 厚生労働科学研究費補助金に係る研究班(※1)においてガイドラインの原案を作成(令和3年3月)。
- 日本生殖医学会においては、研究班作成のガイドライン原案を元に、学会会員や関係学会等からの意見も踏まえ、ガイドラインを作成・公表(※2)。
- 具体的な工程は以下のとおり。
 - ・ 2021年4月～ 原案作成後、日本生殖医学会へ提供
関係学会等への意見聴取及び必要な修正を実施
 - ・ 2021年6月 日本生殖医学会総会において承認(6/11)、公表(6/23)

成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）

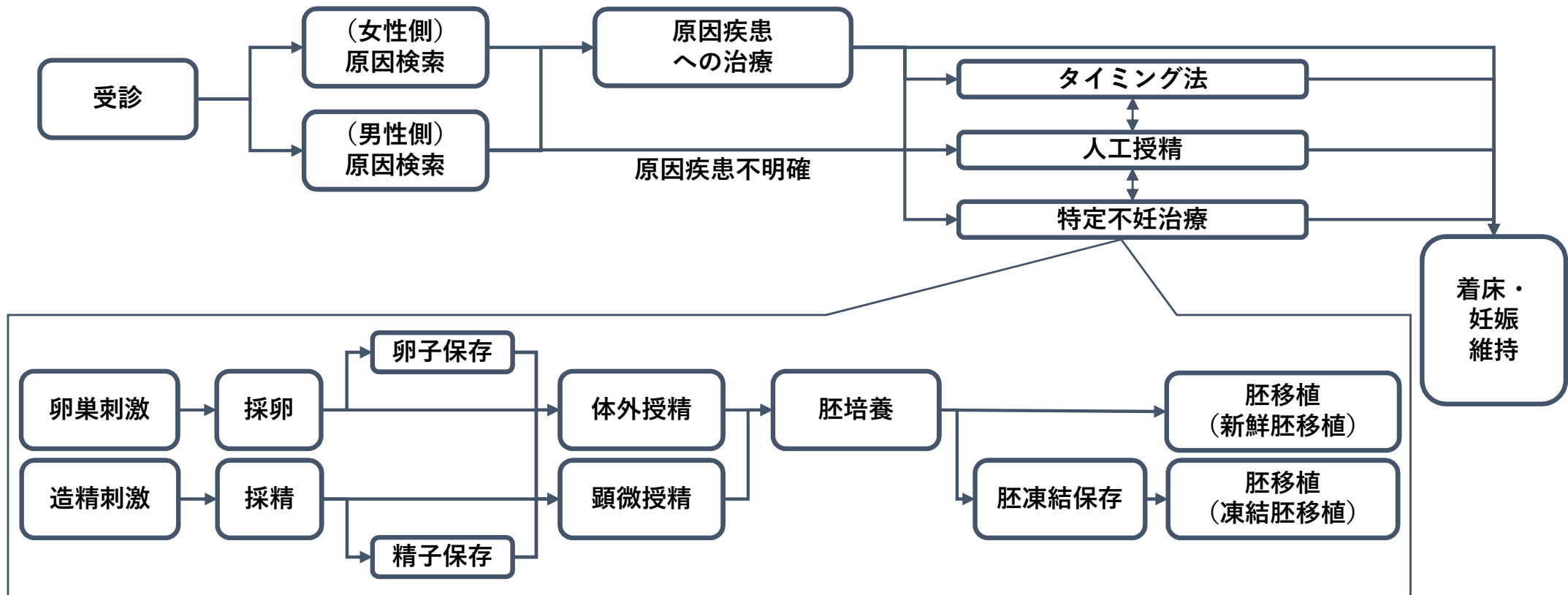
※1「配偶子凍結および胚凍結を利用する生殖医療技術の安全性と情報提供体制の拡充に関する研究」（研究代表者 苛原 稔、平成30年度-令和2年度）

※2「生殖医療ガイドラインの適切な運用と今後の改良に向けた研究」（研究代表者 大須賀 穰、令和3年度-令和4年度）



不妊治療における診療の流れ（イメージ）

【診療の流れ（イメージ）】



厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)
「配偶子凍結および胚凍結を利用する生殖医療技術の安全性と情報提供体制の拡充に関する研究」
(研究代表者 苛原 稔、平成30年度-令和2年度)において作成。

今後整理及び検討が必要な事項について

- 不妊治療の保険適用に向けて、現時点で考えられる、今後整理及び検討が必要な事項、スケジュールは、以下のとおり。

1. 保険適用に係る検討について

- 不妊治療の保険適用に係る検討に向けては、有効性・安全性等の整理及び確認が必要となるが、
 - ① 医療技術、医薬品、医療機器等
 - ② 具体的な算定要件や施設基準等について、ガイドラインの記載事項等を参考とした個別の検討が必要となる。

2. 薬機法上の承認の観点からの整理及び検討について

- 医薬品等については、有効性・安全性等の確認、薬機法上の承認の可否等について、薬事・食品衛生審議会、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議における検討が行われる。

3. 今後エビデンスの収集が必要な医療技術等の取扱いについて

- 有効性、安全性等の確認の結果、保険適用とならない医療技術等については、今後の保険適用を目指したデータ収集を進めるなどの取組みを進める観点から、先進医療の実施等が考えられる。
 - ※ なお、先進医療について、保険医療機関から申請があった場合には、申請を受け付けた上で、先進医療会議において技術的な審議を進めておくことにより、効率的な実施準備が可能となる。

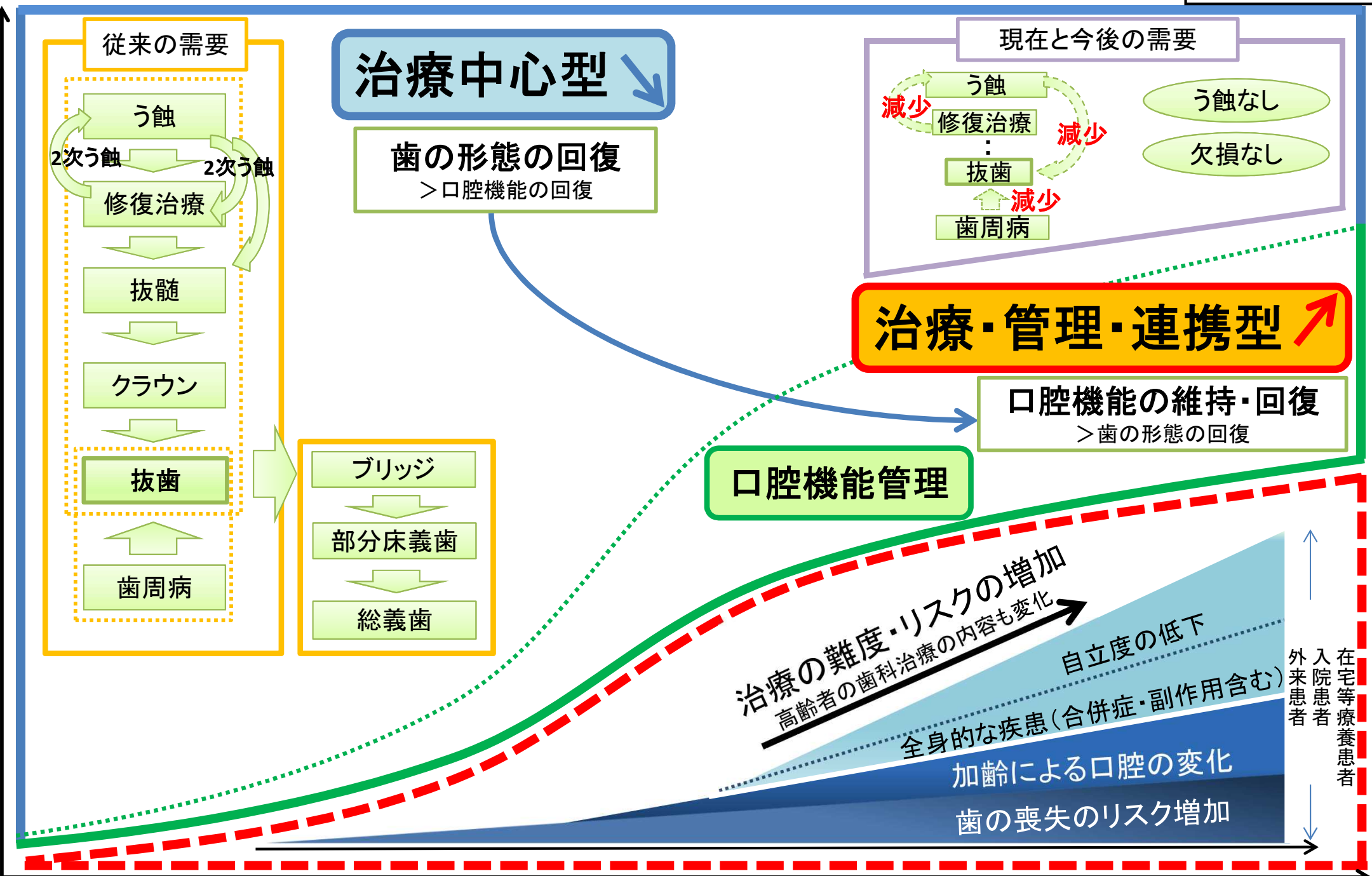
4. 今後、考えられるスケジュール（イメージ）

- 7月21日（本日）
 - ・ 個別事項（その1）内で議論
- 8月以降随時
 - ・ 薬食審、未承認薬検討会議における議論
 - ・ 先進医療会議における議論
 - ・ 中医協総会において引き続き議論

歯科治療の需要の将来予想（イメージ）

中医協 総 - 4
29. 12. 6

歯科治療の需要



＜歯周病安定期治療＞

- 歯科疾患管理料または歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、4ミリメートル以上の歯周ポケットを有する者に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に病状が安定した状態にある患者に対する処置を評価したもの。
- プラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等を主体とした包括的な治療。



写真:和泉雄一名誉教授(東京医科歯科大学)提供

＜診療報酬上の取扱い＞	歯周病安定期治療(Ⅰ)	歯周病安定期治療(Ⅱ)	※かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
	<u>1歯以上10歯未満</u> 200点	<u>1歯以上10歯未満</u> 380点	
	<u>10歯以上20歯未満</u> 250点	<u>10歯以上20歯未満</u> 550点	
	<u>20歯以上</u> 350点	<u>20歯以上</u> 830点	

- 1口腔につき月1回を限度として算定。
- 2回目以降の歯周病安定期治療(Ⅰ)の算定は、前回実施した月の翌月から2月を経過した日以降に行う。
- 歯周病安定期治療を開始後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療は算定できない。
- 歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 管理計画書(歯周病検査の結果の要点、歯周病安定期治療の治療方針等)を作成し、文書により患者等に提供。
- 歯周病安定期治療(Ⅱ)では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、プラークコントロール、機械的歯面清掃等に加え、口腔内カラー写真撮影及び歯周病検査を行う場合の治療を包括的に評価。

届出医療機関数及び算定回数	算定回数	届出医療機関数	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
	歯周病安定期治療(Ⅰ)	(届出不要)	281,328	324,974	382,614	360,255
	歯周病安定期治療(Ⅱ)	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 10,831	191,694	341,016	494,459	506,396

(出典)
算定回数:社会医療診療行為別統計(6月審査分)
届出医療機関数:医療課調べ(令和元年7月1日時点)

歯周病重症化予防の推進

歯周病重症化予防治療の新設

➤ 歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病を有する患者に対する継続的な治療について新たな評価を行う。

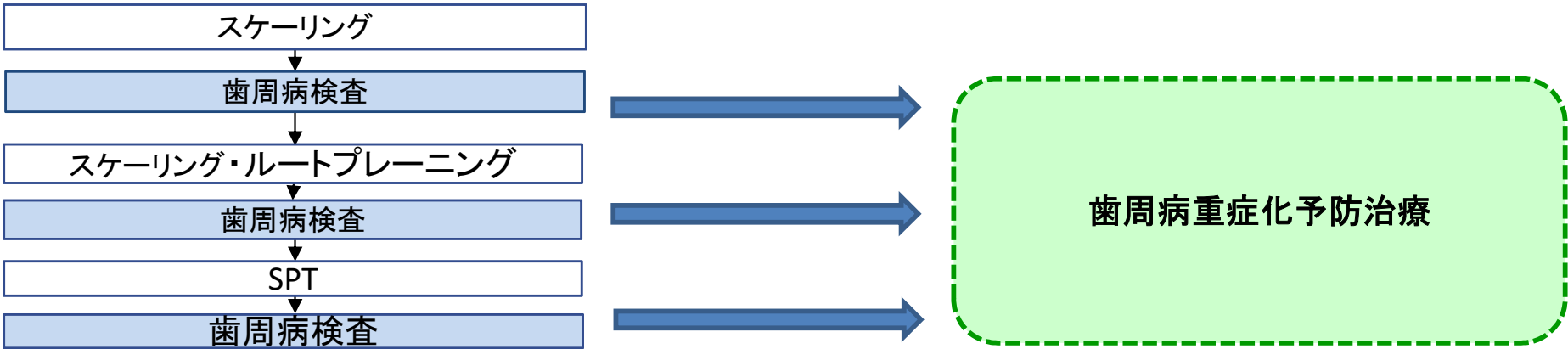
(新) 歯周病重症化予防治療	1 1歯以上10歯未満	150点
	2 10歯以上20歯未満	200点
	3 20歯以上	300点

[対象患者]

- (1) 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、2回目以降の歯周病検査終了後に、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者
- (2) 部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態

[算定要件]

- (1) 2回目以降の区分番号D002に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。
- (2) 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。
- (3) 歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定した月は算定できない。



届出医療機関数及び算定回数

(出典)
算定回数: 社会医療診療行為別統計(6月審査分)

算定回数	令和2年度
歯周病重症化予防治療	67,014

小児口腔機能管理料

- 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能の発達不全を認める小児のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価として小児口腔機能管理加算を新設。
- 令和2年度診療報酬改定において、歯の萌出していない患者への管理も対象に加えた。また、歯科疾患の継続管理を行っている患者に対する診療実態と合わせて小児口腔機能管理料とした。

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100点

[対象患者] **15歳未満**の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、以下に該当する者

[算定要件]

- ・口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書により提供
- ・口腔内等の状況変化の確認を目的として、患者の状態に応じて口腔外又は口腔内カラー写真撮影を行う。**(初回算定日には必ず実施)** など

離乳完了前		
食べる機能のC項目において1項目以上、食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	哺乳	先天性歯がある
		口唇、歯槽携帯に異常がある
		舌小帯に異常がある
		乳首をしっかり口にくむことができない
		授乳時間が長すぎる、短すぎる
		哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
		開始しているが首の据わりが確認できない
話す	構音機能	スプーンを舌で押し出す状態がみられる
		口唇の閉鎖不全がある
その他	栄養(体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数で評価)
	その他	口腔周囲に過敏がある 上記以外の問題点



離乳完了後(18ヵ月以降)		
咀嚼機能のC項目において1項目以上、食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある
		咀嚼に影響するう蝕がある
		強く咬みしめられない
話す	嚥下機能	咀嚼時間が長すぎる、短すぎる
		偏咀嚼がある
		舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)
その他	食行動	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
	構音機能	構音に障害がある
		口唇の閉鎖不全がある
その他	栄養(体格)	口腔習癖がある
		舌小帯に異常がある
		やせ、または肥満である(カウプ指数、ローレル指数で評価)
		口呼吸がある
その他	その他	口蓋扁桃等に肥大がある
		睡眠時のいびきがある
		上記以外の問題点

届出医療機関数及び算定回数

(出典)
算定回数: 社会医療診療行為別統計(6月審査分)

算定回数	平成30年度	令和元年度	令和2年度
小児口腔機能管理料 ※小児口腔機能管理加算	23,066※	34,551※	48,083

口腔機能管理料

- 平成30年度診療報酬改定において、歯の喪失や加齢等により、口腔機能の低下を認める患者のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価として口腔機能管理加算を新設。
- 令和2年度診療報酬改定において、歯科疾患の継続管理を行っている患者に対する診療実態と合わせて口腔機能管理料とした。

B000-4-3 口腔機能管理加料 100点

[対象患者]

65歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち、次の評価項目（下位症状）のうち、**3項目以上**（咀嚼機能低下（D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）、又は低舌圧（D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかの項目を含む。）に該当するもの

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満
	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合力検査	200N未満（プレスケール）、500N未満（プレスケールⅡ・フィルタなし）350N未満、（プレスケールⅡ・フィルタあり）
	残存歯数	20本未満

下位症状	検査項目	該当基準
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	Pa/ta/ka いずれか1つでも 6回/秒未満
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	咀嚼能率スコア法	スコア0,1,2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査（EAT-10）	3点以上
	自記式質問票（聖隷式嚥下質問紙）	Aが1項目以上該当



[算定要件]

- ・口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。
- ・当該管理を行った場合は、指導・管理内容を診療録に記載又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。

届出医療機関数及び算定回数

（出典）
算定回数：社会医療診療行為別統計（6月審査分）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
口腔機能管理料 ※口腔機能管理加算	5,766※	22,373※	27,114

医薬分業が目指すもの

- 医薬分業とは、医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することによって、医療の質の向上を図ることを目指すもの

医師と薬剤師が相互に専門性を発揮することによる効果

- 薬剤師が、薬剤服用歴（服薬状況、副作用やアレルギー歴などの状況、相談内容等）の確認などにより、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握した上で、薬剤師の持つ薬理学、薬物動態学、製剤学などの薬学的知見に基づいて薬学的管理・指導が行われることにより、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無の確認などが可能となること。
- 薬剤師が、処方した医師・歯科医師と連携して、薬の効果、副作用、用法などについて患者に説明（服薬指導）することにより、患者の薬に対する理解が深まり、調剤された薬を適切に服用することが期待できること。



薬物療法の有効性、安全性の向上



医療の質の向上

平成27年5月21日規制改革会議健康・医療WG 厚生労働省提出資料（改）

- ## 今後の薬局の在り方(イメージ)

109

「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

平成27年10月23日公表

健康サポート薬局

健康サポート機能

- ☆ 国民の**病気の予防**や**健康サポート**に貢献
 - ・ 要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・ 健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・ 専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- ☆ **副作用や効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**
 - ICT（電子版お薬手帳等）を活用し、
 - ・ 患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
 - ・ 一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・ **24時間**の対応
 - ・ **在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

- ☆ 処方内容の照会・処方提案
- ☆ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有
- ☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
- ☆ 医療機関への受診勧奨

「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・ 処方箋受取・保管
- ・ 調製(秤量、混合、分割)
- ・ 薬袋の作成
- ・ 報酬算定
- ・ 薬剤監査・交付
- ・ 在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、検査値や疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の最新情報の収集

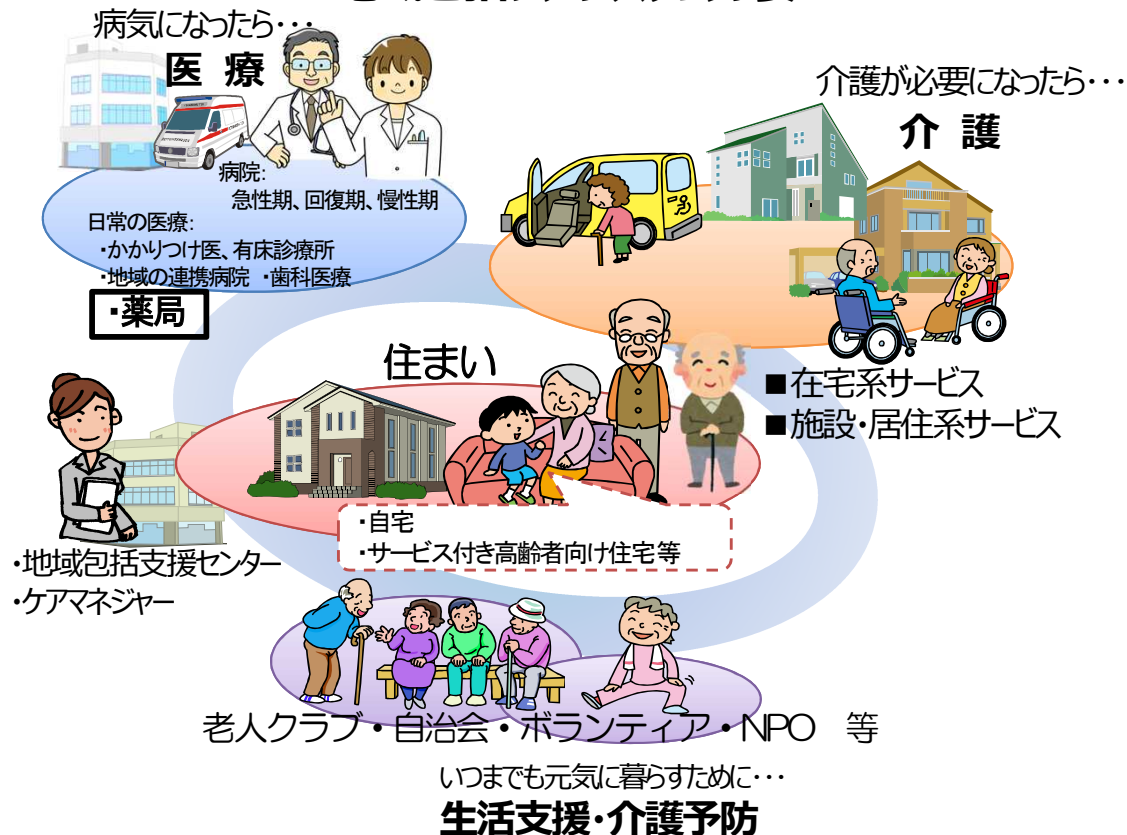
- ・ 処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・ 医師への疑義照会
- ・ 丁寧な服薬指導
- ・ 在宅訪問での薬学管理
- ・ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ・ 処方提案
- ・ 残薬解消

専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

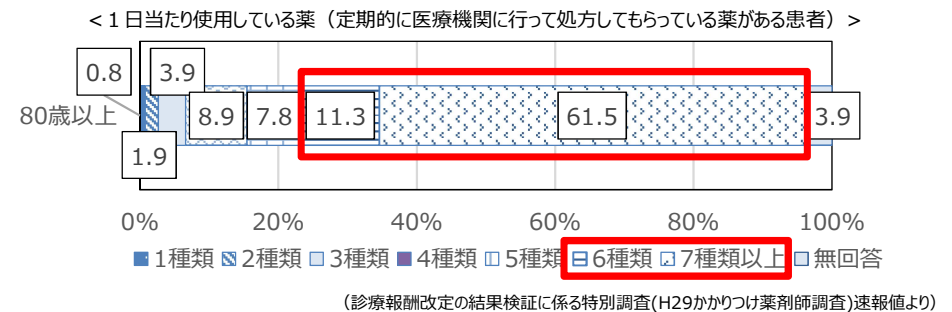
- 近年、高齢化が進展し、新薬等の開発が進む中、多剤投与による副作用の懸念の高まり、薬物療法において特に副作用に注意を要する疾病（がん、糖尿病等）を有する患者の外来治療へのシフトなどが見られる。
- 医療機関の機能分化、在宅医療や施設・居住系介護サービスの需要増等が進展する中で、患者が地域で様々な療養環境（入院、外来、在宅医療、介護施設など）を移行するケースが増加している。
- 薬剤師・薬局は、このような状況の変化に対応し、地域包括ケアシステムを担う一員として、医療機関等の関係機関と連携しつつ、その専門性を発揮し、患者に安全かつ有効な薬物療法を切れ目なく提供する役割を果たすことが求められている。

地域包括ケアシステムの姿



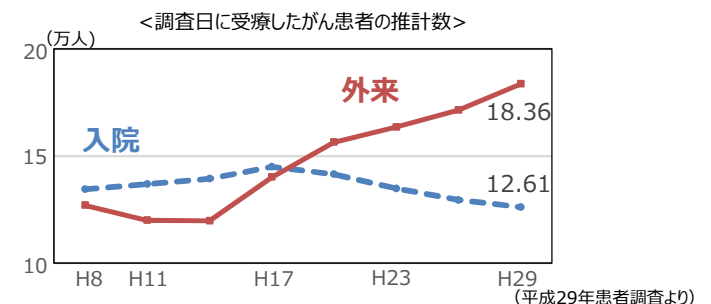
多剤投与の実態

・80歳以上の患者の7割超が、6種類以上の薬を服用。



外来で治療を受けるがん患者数の増加

・外来で治療を受けるがん患者は、入院で治療を受けるがん患者の約1.5倍。



薬剤師の業務に関する規定の見直し ー対人業務の充実ー (令和2年9月1日施行)

第1回 薬剤師の養成及び
資質向上等に関する検討会

令和2年7月10日

資料2

主な対人業務

処方内容のチェック（重複投与・飲み合わせ）、処方提案

調剤時の情報提供、服薬指導

調剤後の継続的な服薬指導、服薬状況等の把握

服薬状況等の処方医等へのフィードバック

在宅訪問での薬学的管理



➡ **調剤時に加えて、調剤後の服薬指導、継続的な服薬状況等の把握も義務として規定**

➡ **努力義務として規定**
(医療法においても、医師から薬剤師等に対して同様の規定あり)

主な対物業務

処方箋受取・保存

調製(秤量、混合、一包化)

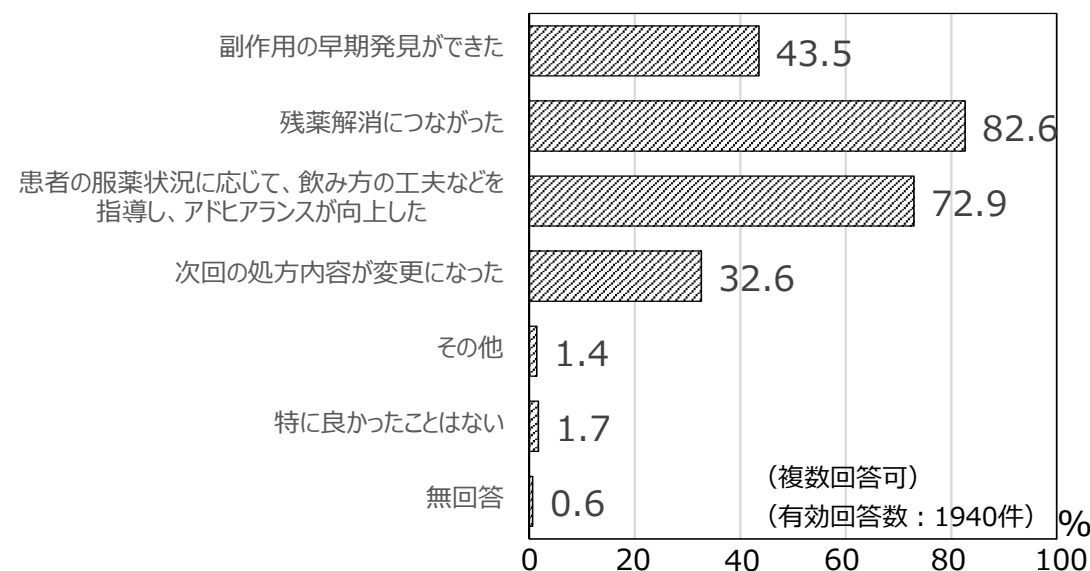
薬袋の作成

監査（交付する薬剤の最終チェック）

薬剤交付

在庫管理

● 調剤後に患者情報を継続的に把握する取組を行っていて良かったこと



(平成30年度「かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査」の薬局調査より)

特定の機能を有する薬局の認定（令和3年8月1日施行）

- 薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化する中、患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とする。

・入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（**地域連携薬局**）

・がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局（**専門医療機関連携薬局**）



患者のための薬局ビジョンの
「かかりつけ薬剤師・薬局機能」に対応



患者のための薬局ビジョンの
「高度薬学管理機能」に対応

地域連携薬局



専門医療機関連携薬局

※傷病の区分ごとに認定
(現在規定している区分は「がん」)



〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

等

〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等）
- ・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置
 - ＜専門性の認定を行う団体＞
 - 日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん））
 - 日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）

薬局における対人業務の主な評価

基本的な服薬指導

◆ 薬剤服用歴管理指導料（43点又は57点/ 1回につき）

○ 薬剤の基本的な説明

薬歴を踏まえ、薬剤情報提供文書により、薬剤の服用に関する基本的な説明（薬剤の名称、形状、用法・用量、効能・効果、副作用・相互作用、服用及び保管上の注意事項等）を行う。

○ 患者への必要な指導

患者の服薬状況や服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等を踏まえ、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。（手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、①調剤日、②当該薬剤の名称、③用法・用量等を記載する。）

○ 薬歴への記録

①患者の基礎情報、②処方・調剤内容等、③患者の体質・生活像・後発医薬品使用に関する意向、④疾患に関する情報、⑤併用薬に関する状況、⑥服薬状況（残薬を含む）、⑦服薬中の体調の変化等を記載する。

◆ 乳幼児（6歳未満）に対する服薬指導

乳幼児服薬指導加算（12点/ 1回につき）

乳幼児等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

◆ ハイリスク薬に対する管理指導

特定薬剤管理指導加算 1（10点/ 1回につき）

ハイリスク薬の服用状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

◆ 麻薬に対する管理指導

麻薬管理指導加算（22点/ 1回につき）

麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

◆ 吸入薬に対する管理指導

吸入薬指導加算（30点/ 3月に1回まで）

喘息等の患者に対し吸入薬の吸入指導等を行い、その結果等を医療機関へ情報提供

特定薬剤管理指導加算 2（100点/月1回まで）

薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で、抗がん剤を注射された悪性腫瘍の患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

処方箋受付時にその場で対応

◆ 処方内容の疑義照会

重複投薬・相互作用等防止加算（残薬調整以外：40点・残薬調整：30点/ 1回につき）

処方医に対して照会を行い、処方変更が行われた場合に算定

上記以外（時間をかけて対応）

◆ 医療機関への情報提供

服薬情報等提供料（20又は30点/月1回まで）

保険医療機関等の求めがあった場合に、必要な情報を文書により提供等した場合に算定

◆ 残薬への対応

外来服薬支援料（185点/月1回まで）

- ①自己による服薬管理が困難な患者に対し、一包化や服薬カレンダー等を用いて薬剤を整理
- ②患者が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を実施（ブラウンバッグ運動）し、保険医療機関に情報提供した場合に算定

◆ ポリファーマシー対策

服用薬剤調整支援料 1（125点/月1回まで）

保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行い、処方薬が2種類以上減少した場合に算定

服用薬剤調整支援料 2（100点/3月に1回まで）

保険薬剤師が処方医に減薬等の提案を行った場合に算定

調剤後のフォローアップの評価

調剤後薬剤管理指導加算（30点/月1回まで）

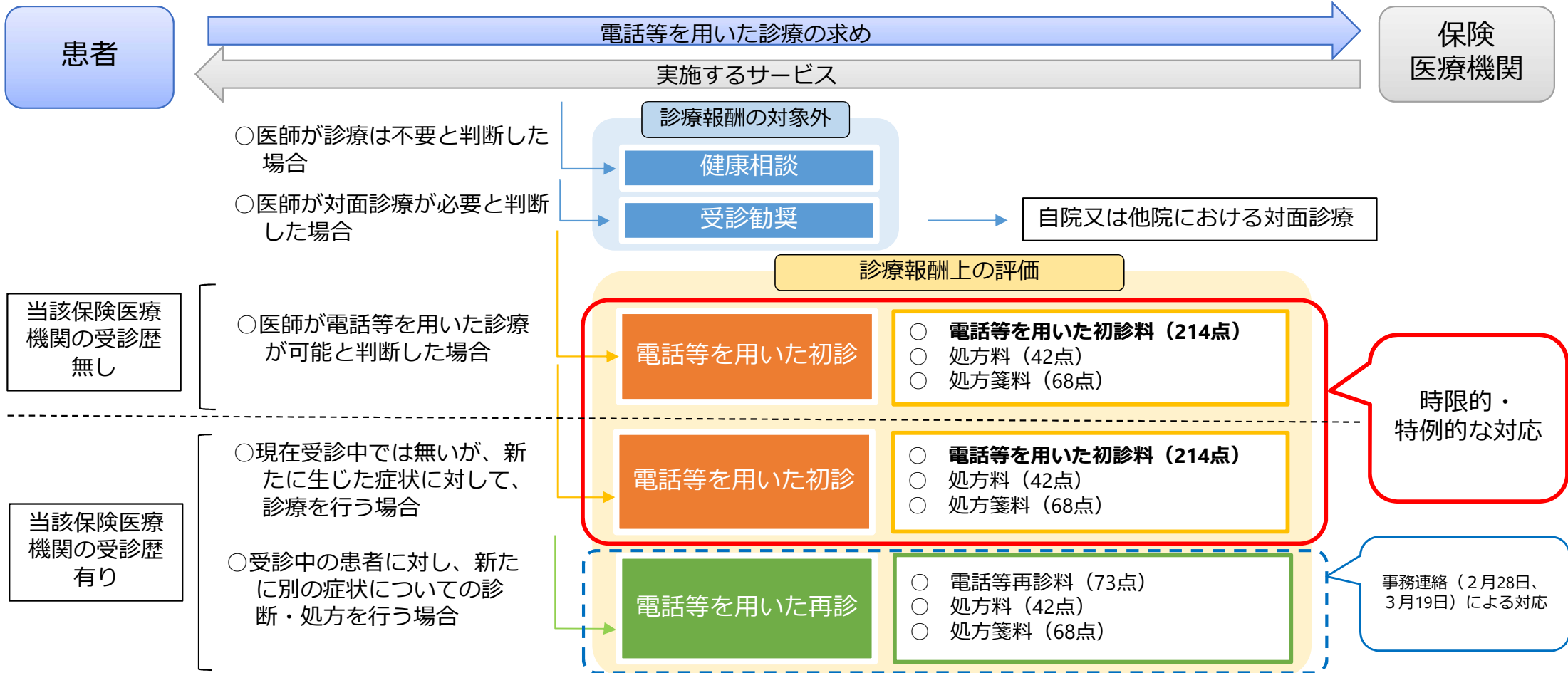
インスリン製剤等が処方等された患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

オンライン診療にかかる評価の経緯

	オンライン診療（遠隔診療）の取扱い	診療報酬上の対応
平成9年	平成9年12月（医政局長通知） 「離島、へき地の場合」などの遠隔診療を認める	—
平成27年	平成27年8月（事務連絡） 「離島、へき地」については例示であることを明確化	
平成30年	平成30年3月（医政局長通知） 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出	平成30年度診療報酬改定 「オンライン診療料」等を新設
令和元年	令和元年7月 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」改訂	—
令和2年	新型コロナウイルスの感染拡大に伴う対応（主なもの） 【初診】 ○ 初診から電話やオンラインで診療可能 【再診】 ○ 慢性疾患を抱える定期受診患者について、症状に変化が生じた場合においても、電話やオンライン診療を実施した場合の処方可能 ○ 事前の計画作成は不要 【初診】 ○ 電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、初診料を算定可能 【再診】 ○ 慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等再診料等を算定可能 ○ 電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、管理料を算定可能	
令和3年（現在）		

新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話等を用いた診療に対する診療報酬上の臨時的な取扱い

○ 新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑み、時限的・特例的な対応として、「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）が発出されたことを踏まえ、当該事務連絡に関連する診療報酬の取扱いについて、以下の対応とする。（令和2年4月10日付事務連絡）



○ 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話等を用いた診療を行う以前より、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して、電話等を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、147点（※）を算定することとする。

○ 薬局で医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話等による服薬指導を行った場合でも調剤技術料、薬剤料、特定保険医療材料及び薬剤服用歴管理指導料等を算定できることとする。

○ オンライン診療料の施設基準のうち、「一月あたりの再診料等及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。」については、時限的・特例的な対応として、新型コロナウイルスの感染が拡大している間、適用しないこととする。

新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての 電話等を用いた診療に関する診療報酬上の臨時的対応に係る整理

		初診		再診		慢性疾患等を有する 定期受診患者等に対する 医学管理を実施した場合	
平時	対面診療	【A000】初診料	288点	【A001】再診料 【A002】外来診療料	73点 74点	【B】疾患等に応じた医学管理料	(※1)
	オンライン診療	×		【A003】 オンライン診療料 (※2)	71点	【B】対象となる医学管理料 (※3)の注に規定する 「情報通信機器を用いた場合」	100点
	電話等を用いた診療	×		【A001】電話等再診料 (やむを得ない場合)	73点	×	
新型コロナウイルス感染症 に係る臨時的な取扱い	対面診療			平時と同様の取扱い			
	オンライン診療	×		【A003】 オンライン診療料 (※調剤料等2)(※7)	71点	【B】対象となる医学管理料 (※3)の注に規定する 「情報通信機器を用いた場合」	100点
	電話等を用いた診療	時限的・特例的な取扱い (令和2年4月10日～) 【A000】電話等を用いた場合の初診料 を算定可能(※4) (※調剤料等1) 214点		【A001】電話等再診料 (慢性疾患等を有する 定期受診患者等に対し て全例で可能) (※調剤料等1) (※調剤料等2)	73点	要件(※5)を満たせば 管理料を算定可能	147点

再診等(※6)の患者に対して、要件を満たした上で医学管理を実施した場合に、医学管理料を算定可能

- ※1 各医学管理料の点数による。
- ※2 オンライン診療料は、慢性疾患等の定期受診患者に対して、対面診療と、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用した診療(オンライン診療)を組み合わせた計画に基づき、オンライン診療を行った場合に算定できる。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診療は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン診療料は算定できない。
- ※3 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料をいう。
- ※4 「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」(令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)における留意点等を踏まえて診療を行った場合に算定する。
- ※5 以前より対面診療において対象となる医学管理料(※3)を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行うこと。
- ※6 医学管理料の種類による。※7 「一月あたりの再診料等及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること」とする要件は適用しない。

<調剤料等に係る臨時的取扱い>

※調剤料等1 調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料又は薬剤料を算定する。

※調剤料等2 原疾患により発症が容易に予測される症状の変化に対して処方を行った場合にも、調剤料等を算定可能とする。

今後の方針(案)

○ 前回の意見や規制改革実施計画を踏まえて、以下の点について今後検討してはどうか。

1. 初診からのオンライン診療の取扱いについて

- ・ 初診からのオンライン診療に必要な医学的情報の詳細
- ・ 規制改革実施計画における「オンラインでのやりとり」の取扱いの詳細や実際の運用
- ・ 初診からのオンライン診療に適さない症状・医薬品等

2. オンライン診療の推進について

- ・ 医療提供体制におけるオンライン診療の役割について
- ・ 規制改革実施計画における「オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針の策定」について

3. その他、オンライン診療の安全性・信頼性に関する事項

- ・ 初診・再診問わず、医師・患者の同意や、不適切な事例への対応等、安全性・信頼性の担保に関するその他の論点

通常の取扱いと新型コロナ時限的・特例的な取扱いの主な比較

	改正薬機法によるオンライン服薬指導（9/1施行）	R2.4.10事務連絡の取扱い
実施方法	✓初回は対面（オンライン服薬指導不可） ✓（継続して処方される場合）オンラインと対面を組み合わせ実施	✓初回でも、薬剤師の判断により、電話・オンライン服薬指導の実施が可能
通信方法	✓映像及び音声による対応（音声のみは不可）	✓電話（音声のみ）でも可
薬剤師	✓原則として同一の薬剤師がオンライン服薬指導を実施	✓かかりつけ薬剤師・薬局や、患者の居住地にある薬局により行われることが望ましい
処方箋	✓オンライン診療又は訪問診療を行った際に交付した処方箋	✓どの診療の処方箋でも可能（オンライン診療又は訪問診療を行った際に交付した処方箋に限られない）
薬剤の種類	✓これまで処方されていた薬剤又はこれに準じる薬剤（後発品への切り替え等を含む。）	✓原則として全ての薬剤（手技が必要な薬剤については、薬剤師が適切と判断した場合に限る。）
調剤の取扱い	✓処方箋原本に基づく調剤（処方箋原本の到着が必要。）	✓医療機関からファクシミリ等で送付された処方箋情報により調剤可能（処方箋原本は医療機関から薬局に事後送付）

今後のオンライン服薬指導

(今後のオンライン服薬指導の考え方)

- ◆ オンライン服薬指導については、オンライン診療の検討と同様に、新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時限的・特例的措置の実績を踏まえ、改正薬機法(本年9/1施行)に基づくルールの見直しを検討する。

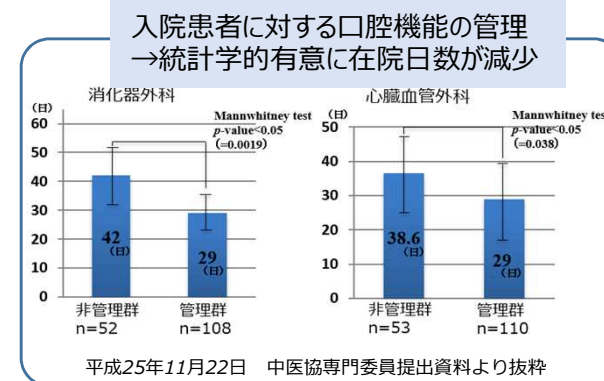
(今後の対応方針)

- ◆ 本年度の厚生労働科学特別研究事業「オンライン服薬指導を実施する薬剤師に必要な研修プログラムに関する研究」(研究代表者: 亀井美和子 帝京平成大学薬学部教授)において、オンライン服薬指導の時限的・特例的な取扱いに関する効果や課題等の検証に当たり、実施状況を把握するため、10月から実態調査を実施予定。
- ◆ その結果を踏まえ、患者が安心してオンライン服薬指導を受けられるよう、安全性や信頼性を担保するためのルールの見直しの検討を進めていく。

背景・目的

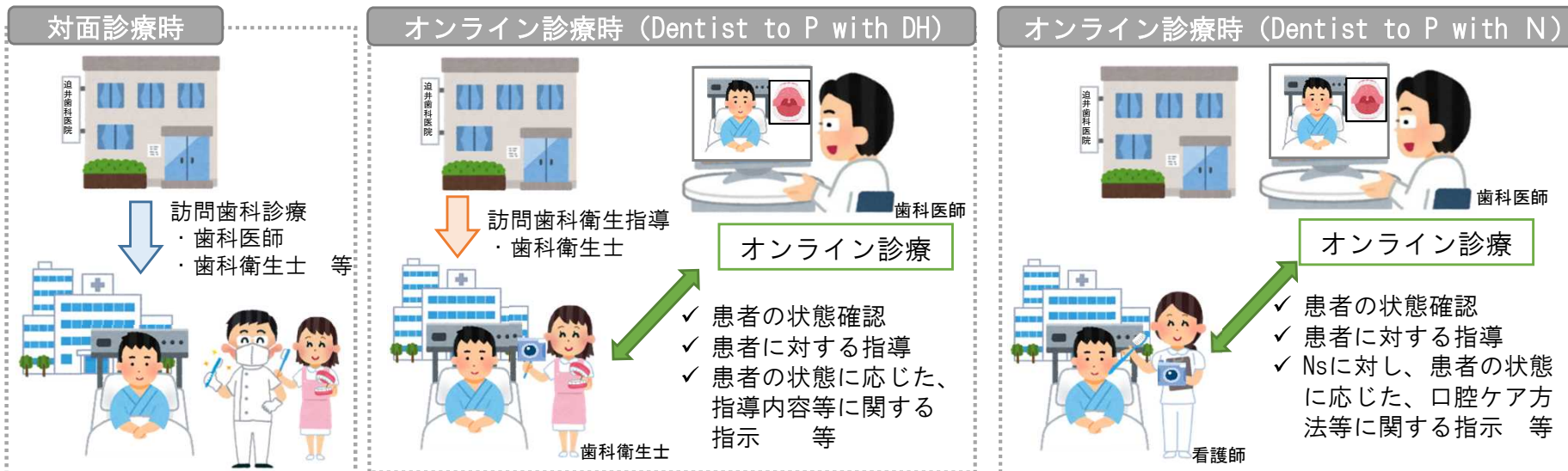
- 入院患者等に対する **歯科医師による口腔機能管理**
→ **在院日数の減少**や肺炎の発症率の低下などの効果が報告
- 歯科標榜のある病院は、病院全体の約2割
→ 歯科標榜のない病院において、歯科専門職（歯科医師・歯科衛生士）の介入による口腔機能管理を推進する必要
- 歯科標榜がない病院や介護施設等、歯科医師がいない施設では、地域の歯科診療所からの訪問歯科診療により対応しているが、訪問歯科診療を実施している医療機関は歯科診療所全体の約2割
→ 効果的・効率的な歯科専門職の介入が必要

歯科医師がいない病院等において、ICTを活用した歯科医師の介入による口腔機能管理を推進 → 医師の負担軽減



事業概要（イメージ）

- 歯科標榜のない病院や介護施設において、オンライン診療を活用した口腔機能管理等に関するモデル事業を実施し、効果的・効率的な歯科専門職の介入方法について検証
- 地域の状況に応じたオンライン診療（Dentist to P with DH/Ns）を実施することで、適切な運用・活用方法等を検証



効率化・適正化を通じて、
制度の安定性・持続可能性を高める視点

後発医薬品の使用促進に関わる診療報酬上の対応

○ 後発医薬品の使用促進のために、診療報酬上の様々な取組が実施されている。

			個々の処方・調剤に対する評価	施設体制に対する評価
医療機関	入院		薬剤の費用が包括されている入院料等については、間接的に後発医薬品を使用することのインセンティブとなる	後発医薬品使用体制加算（入院初日）注） ・ 加算 1（85%以上使用）：47点 ・ 加算 2（80%以上使用）：42点 ・ 加算 3（70%以上使用）：37点
	外来	病院		
		診療所		外来後発医薬品使用体制加算（1 処方につき） ・ 加算 1（85%以上使用）：5点 ・ 加算 2（75%以上使用）：4点 ・ 加算 3（70%以上使用）：2点
	処方		一般名処方加算※） ・ 加算 1（全品目を一般名処方）：7 点 ・ 加算 2（1 品目以上を一般名処方）：5 点	
薬局			薬剤服用歴管理指導料 ○薬剤情報提供文書により、後発医薬品の有無や自局での備蓄状況を情報提供 ○一般名処方された医薬品について、後発品を調剤しない場合、明細書の摘要欄に理由を記載	後発医薬品調剤体制加算（処方箋の受付 1 回につき） ・ 加算 1（75%以上）：15点 ・ 加算 2（80%以上）：22点 ・ 加算 3（85%以上）：28点

※）一般名処方加算の対象は厚生労働省が管理する一般名処方マスタに掲載されている医薬品であるが、注射薬は掲載されていない。このため、インスリン等の自己注射薬は一般名処方マスタには掲載されておらず、一般名処方加算の対象とはならない。

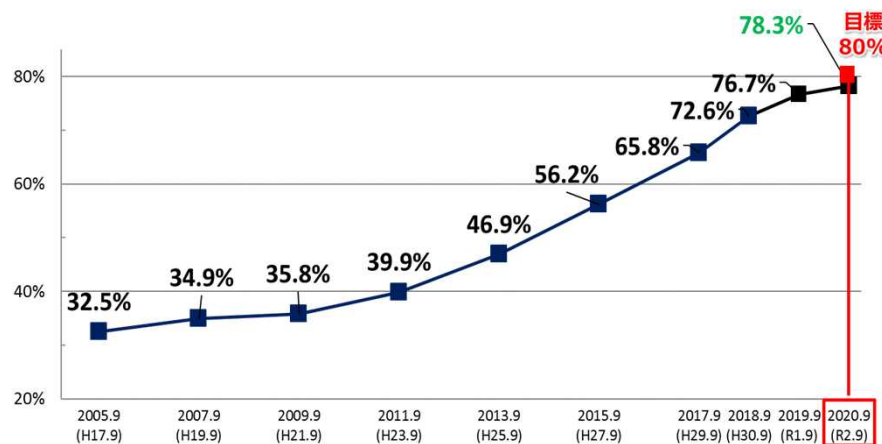
注）病院の外来患者への後発医薬品の使用に対する直接の評価はない。しかしながら、入院時の後発医薬品使用体制加算の算定の実績に、外来患者への後発医薬品の使用実績が含まれており、間接的に評価されていると言える。

【現状】

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等

2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



**80%目標に対し、実績78.3%※
⇒目標には届かず**

※令和2年9月薬価調査

注）「使用割合」は、後発医薬品のある先発医薬品と「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

➤後発医薬品メーカーの不祥事により、後発医薬品への信頼低下

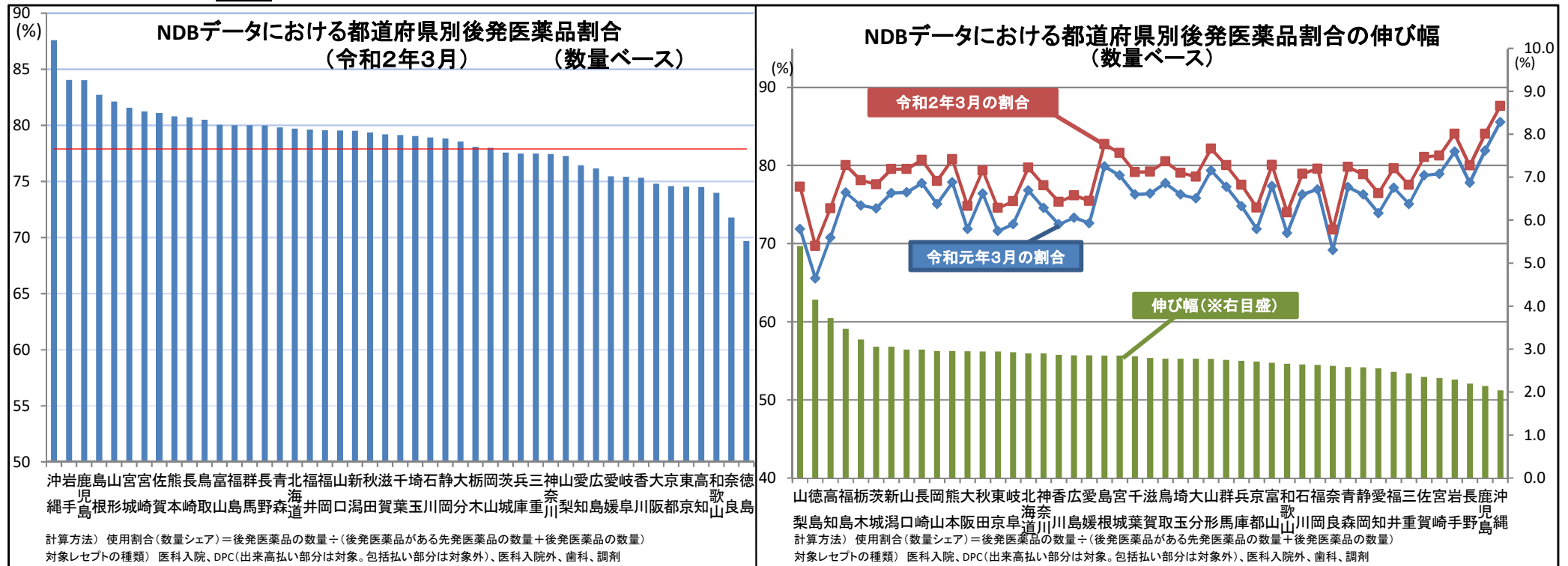
- 令和2年12月、小林化工(株)が製造販売する抗真菌剤に、睡眠導入剤の混入事案が発生
- 令和2年2月、日医工(株)富山第一工場に対し、県及び（独）医薬品医療機器総合機構の合同による無通告査察を実施したところ、GMP違反の疑いが判明

後発医薬品の使用促進について

【課題】

➤ 都道府県別に見るとばらつきが存在 <令和2年3月NDBデータ>

使用割合が**高い** 1位：沖縄、2位：岩手、3位：鹿児島
 使用割合が**低い** 1位：徳島、2位：奈良、3位：和歌山



➤ 後発医薬品の信頼回復に向けた取組の推進

- GMP立入検査の強化（無通告立入検査回数の増、立入検査手法の質の向上等）
- 製造業者における原薬管理の徹底
- 製造販売業者としての管理体制強化（製造所の監督等の厳格化、安全対策の強化や製造量等に見合った体制確保等）
- 安定供給確保の措置

(参考) 医療機関等への調査結果においては、後発医薬品選定の際に品切れが発生しないことを重視する傾向が示されている

品切れが発生しないことを重視する 病院93.5%、診療所33.3%、保険薬局：82.8% <令和元年度 後発医薬品使用促進ロードマップに関する調査報告書>

【今後の対応】

- ✓ 後発医薬品メーカーの不祥事による後発医薬品使用割合の変化・傾向を注視
 - ✓ 後発医薬品使用割合の見える化を地域や医療機関等の別に着目して拡大することを2021年度中に実施に向けて検討
- NDBを活用し、都道府県、二次医療圏、年齢、薬効分類、医療機関等の別の後発医薬品使用割合の見える化を検討し(2021年度中)、早期に実施
分析結果を都道府県に提供することにより、都道府県は後発医薬品安心使用促進協議会や保険者協議会等の場において使用促進策に活用し、全体の底上げを図る

＜新たな目標＞

- ・後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進める
- ・後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%※以上とする

※NDBデータにおける後発医薬品割合

＜参考:2020年3月後発医薬品数量割合 77.9%＞

※バイオシミラーに係る新たな目標について、バイオシミラーの特性や医療費適正化効果を踏まえて引き続き検討

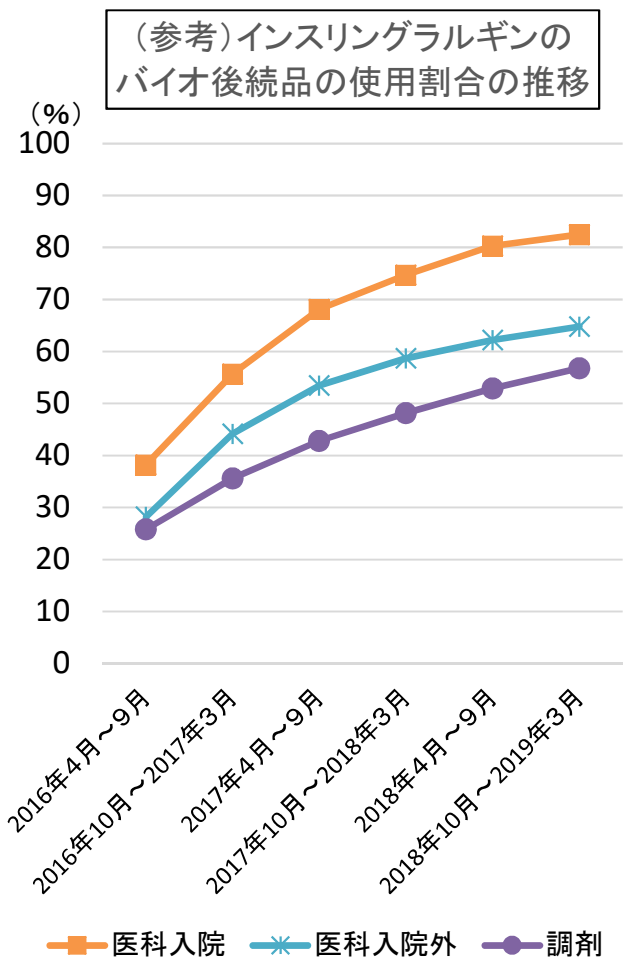
バイオ後続品に係る情報提供の評価

- 在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

在宅自己注射指導管理料
(新) バイオ後続品導入初期加算 150点(月1回)

[算定要件]
バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。

[在宅自己注射指導管理料の対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの]
インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤、アダリムマブ製剤

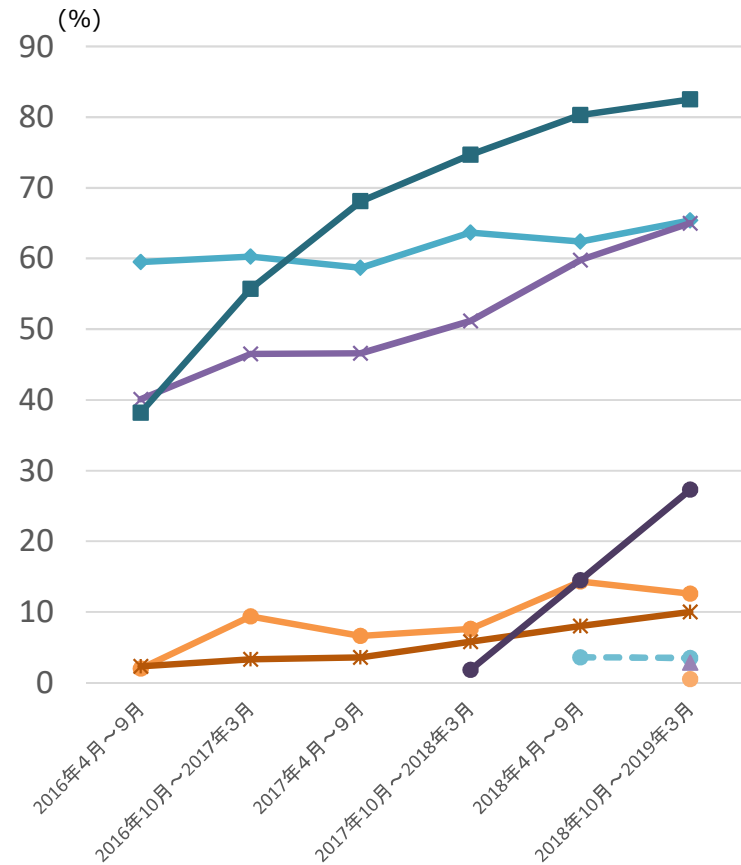


バイオ後続品の使用割合の推移

中医協 総 - 1
元 . 9 . 1 8

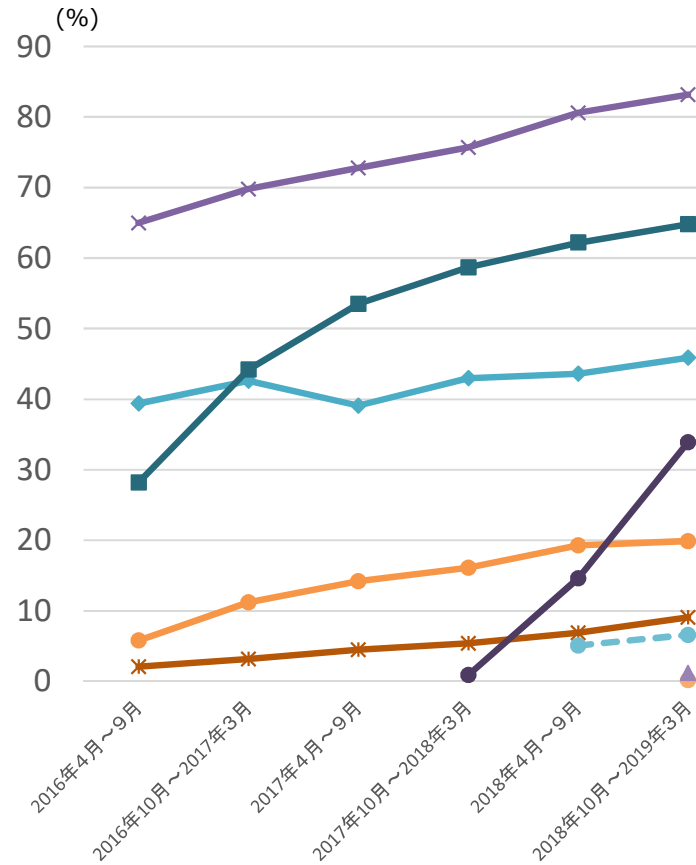
- バイオ後続品の使用割合は、製剤によってばらつきがあるが、増加傾向にある。
- 入院ではインスリンラルギンの後続品の使用割合が約80%で最も高かった。入院外ではフィルグラスチムの後続品の使用割合が約80%で最も高く、調剤ではフィルグラスチム及びインスリンラルギンの後続品の使用割合が約80%で最も高かった。

医科入院



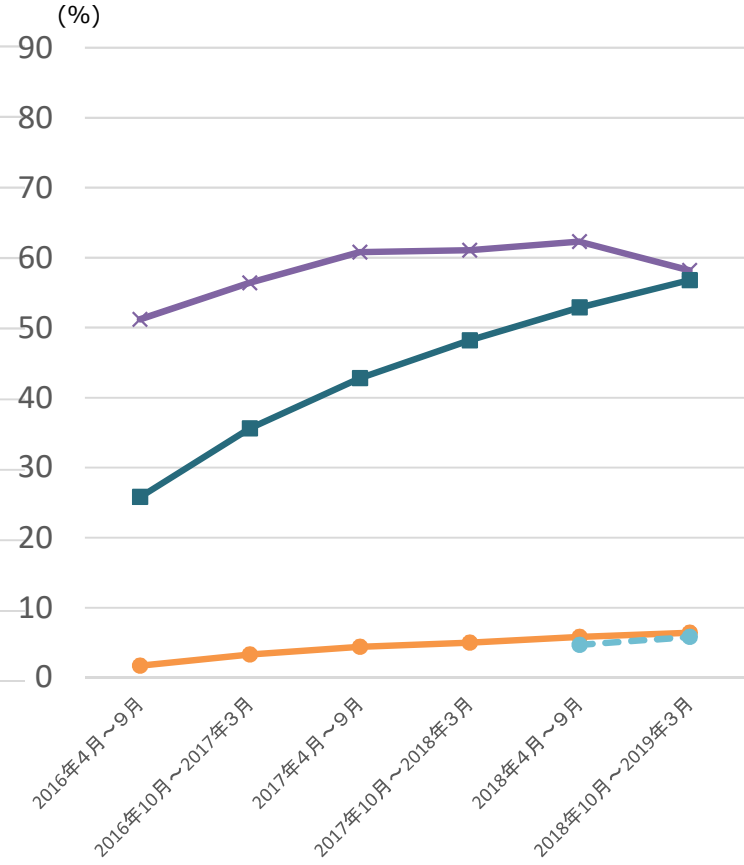
ソマトロピン
 フィルグラスチム
 インスリンラルギン
 トラスツズマブ
 アガルシダーゼベータ
 エポエチナルファ
 インフリキシマブ
 リツキシマブ
 エタネルセプト

医科入院外



ソマトロピン
 フィルグラスチム
 インスリンラルギン
 トラスツズマブ
 アガルシダーゼベータ
 エポエチナルファ
 インフリキシマブ
 リツキシマブ
 エタネルセプト

調剤



ソマトロピン
 フィルグラスチム
 インスリンラルギン
 トラスツズマブ
 アガルシダーゼベータ
 エポエチナルファ
 インフリキシマブ
 リツキシマブ
 エタネルセプト

我が国でのフォーミュラリの厳密な定義はないが、一般的には、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられている。

(米国病院薬剤師会におけるフォーミュラリの定義等)

Continually updated list of medications and related information, representing the clinical judgment of physicians, pharmacists, and other experts in the diagnosis, prophylaxis, or treatment of disease and promotion of health.

疾患の診断、予防、治療や健康増進に対して、医師を始めとする薬剤師・他の医療従事者による臨床的な判断を表すために必要な、継続的にアップデートされる薬のリストと関連情報

Am J Health-Syst Pharm. 2008; 65:1272-83

■ 院内フォーミュラリ及び地域フォーミュラリについて

	院内フォーミュラリ	地域フォーミュラリ
作成者	院内の医師や薬剤師	地域の医師(会)、薬剤師(会)、中核病院
ステークホルダー (意思決定者)	少ない (理事長・オーナー、薬剤部長など)	多い (診療所、薬局、中核病院、地域保険者、自治体など)
管理運営	病院薬剤部	薬剤師会 (医師会)
難易度	易	難
地域の医療経済への影響度	小さい	大きい

日本海ヘルスケアネットでの地域フォーミュラリについて（実績等）

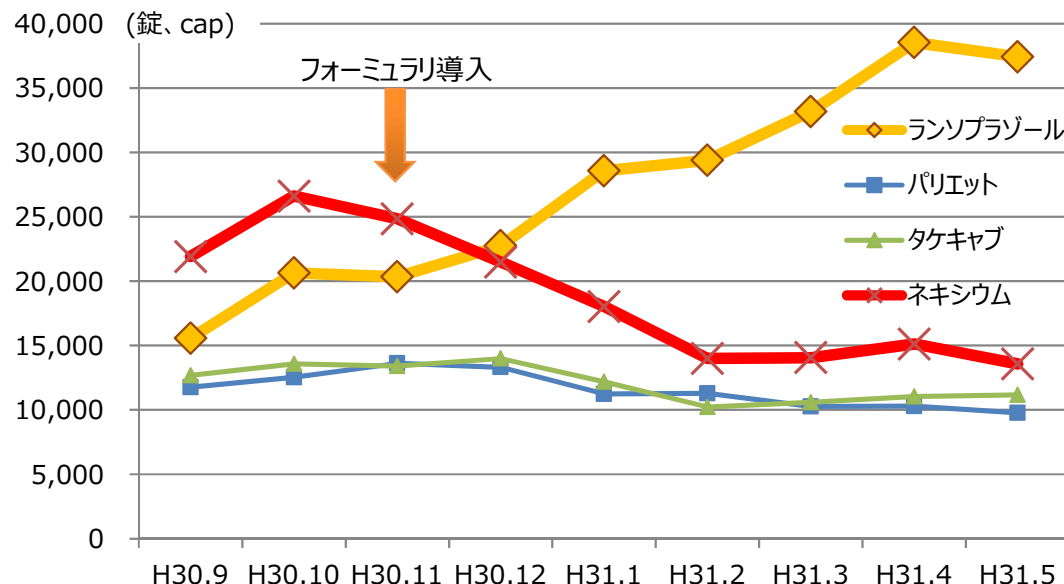
中医協 総 - 4 - 1
元 . 6 . 2 6 (改)

- プロトンポンプ阻害薬（PPI）等の薬効群で地域における推奨薬剤リストが作成されている。
- 日本海総合病院においては、一定の導入効果が出ている。

■ 地域フォーミュラリ対象薬効群の推奨薬剤リスト

対象薬効群	薬剤名
プロトンポンプ阻害薬	ランソプラゾール
	ラベプラゾール
	オメプラゾール
αグルコシダーゼ阻害薬	ボグリボース
	ミグリトール
アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬	テルミサルタン（第一推奨薬）
	オルメサルタン（第二推奨薬）
	カンデサルタン（第三推奨薬）
HMG-CoA還元酵素阻害薬	ロスバスタチン
	ピタバスタチン
バイオシミラー製剤	インフリキシマブ
ビスフォスフォネート製剤	アレンドロン酸ナトリウム
	リセドロン酸ナトリウム

■ 地域フォーミュラリ導入の効果（日本海総合病院の事例）



■ 非推奨薬選択時のアラート表示（日本海総合病院の事例）

この薬剤は地域フォーミュラリ推奨薬ではありません。

詳細を押すと

採用薬でのフォーミュラリ推奨薬が表示される。

薬剤緊急安全情報(詳細)

この薬剤は地域フォーミュラリ推奨薬ではありません。

地域フォーミュラリとは、患者に対して有効性、経済性などの観点から選択されるべき、地域として定めた医薬品および使用指針です。

★★ARBの地域フォーミュラリ推奨薬は、テルミサルタン、オルメサルタン、カンデサルタンです。★★

ポリファーマシーに対する取組に係る診療報酬上の評価

1. 医療機関における減薬等の評価

○入院患者に対するポリファーマシー解消の取組の評価

- 入院時にポリファーマシー状態にある患者に対して、内服薬の総合的な評価及び変更の取組の評価と、減薬に至った場合の評価

【入院時】

6種類以上の内服薬

薬剤総合評価調整加算

【退院時】
→100点

更に

薬剤調整加算

【退院時】
2種類以上減少
→150点

- 多職種でカンファレンスを実施し、内服薬の変更、中止を行う
- 患者に対して処方変更に伴う注意点を説明し、病状の変化等について多職種で確認する

○外来患者に対する減薬の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、受診時に内服薬が減少した場合の評価

【受診前】
6種類以上の内服薬

薬剤総合評価調整管理料

【受診後】
2種類以上減少
→250点

医療機関

連携管理加算

薬局と連携
→50点

薬局

※ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（多剤服用の中でも害をなすものをポリファーマシー）

2. 薬局における減薬等の評価

○薬局の減薬の取組の評価

- 薬局が医師に減薬の提案を行い、その結果処方される内服薬が減少した場合の評価

【提案前】

6種類以上の内服薬

患者

処方箋

薬局

調剤・
服薬指導

①文書で提案

②処方反映

医療機関

服用薬剤調製支援料 1

【提案後】

2種類以上減少が4週間継続
→125点

○薬局の重複投薬解消の提案の評価

- 薬局が医師に服用薬の一覧表を作成し、重複投薬等の解消の提案した場合の評価

【提案前】

6種類以上の内服薬

患者

処方箋

薬局

調剤・
服薬指導

報告書の送付

医療機関

服用薬剤調製支援料 2

- 服用薬の一元的把握
 - 重複投薬等の解消に係る提案
- 100点

○外来患者の重複投薬等に関する疑義照会に関する評価

- 薬局から医師へ重複投薬等に関する疑義照会を行い、処方内容が変更された場合の評価

重複投薬・相互作用等防止加算

→40点

医薬品の有効・安全な使用に関する診療報酬上の主な取組（概要）

- 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応、後発医薬品の使用促進等の医薬品の適切な使用について、診療報酬上の様々な対応を進めてきた。

改定年度	重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応	後発医薬品の使用促進	向精神薬への対応	その他
平成26年度		後発医薬品体制加算の見直し ＜医・調＞	向精神薬の処方の適正化 （処方箋料及び処方料の減算等）＜医＞	
平成28年度	【重複投薬、ポリファーマシー】入院患者・外来患者の減薬の評価（薬剤総合評価調整管理料、薬剤総合評価調整加算）＜医＞ 【残薬】処方箋様式の変更（残薬を確認した場合の対応の記載欄を追加）＜医＞ 【残薬】節薬バッグの活用等による残薬解消の評価（外来服薬支援料の拡充）＜調＞	一般名処方加算の評価の拡充 ＜医＞ 後発医薬品体制加算の見直し ＜医・調＞	向精神薬の処方の適正化 （減算対象の拡大等）＜医＞	長期処方時の取扱いの明確化
平成30年度	【重複投薬、ポリファーマシー】薬局の減薬の提案の評価（服用薬剤調整支援料）＜調＞	一般名処方加算の評価の拡充 ＜医＞ 後発医薬品体制加算の見直し ＜医・調＞	向精神薬の処方の適正化 （ベンゾジアゼピン系抗不安薬等の長期処方の適正化（処方箋料・処方料の減算）等＜医＞	薬剤耐性対策の評価 （抗菌薬適正使用支援チーム、小児外来診療）＜医＞
令和2年度	【重複投薬、ポリファーマシー】入院患者の減薬の評価の拡充（薬剤総合評価調整加算を段階的な評価に変更）＜医＞ 【重複投薬、ポリファーマシー】薬局の減薬の提案の評価の拡充（服用薬剤調整支援料2）＜調＞ 【残薬】医療機関・薬局間の情報提供の推進（退院時薬剤情報連携加算の新設等）＜医・調＞	一般名処方加算の評価の拡充 ＜医＞ 後発医薬品体制加算の見直し ＜医・調＞		感染防止対策加算1における、抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充＜医＞ 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し＜医＞

平成28年度診療報酬改定(医薬品の適正使用の推進)

長期投薬の取扱いの明確化【医科】

- 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関(200床未満の病院又は診療所に限る。)に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

薬局における分割調剤

- 長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方箋の備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

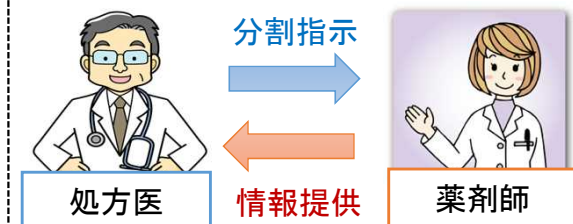
〈上記分割調剤の算定例〉 ※90日分の処方を30日ごとに3回分割調剤を指示

○調剤基本料、調剤料、薬学管理料※

分割調剤しない場合(90日分調剤した場合)の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとにA/3点

※2回の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/2点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/3点

○薬剤料 ⇒ 分割調剤ごとに30日分の薬剤料



最適使用推進ガイドライン（患者、施設・医師要件の設定等）

○ 昨今、革新的かつ高額な医薬品（市場規模が大きいものを含む）や再生医療等製品が登場、以下のように、その使用の最適化を図っている。

- 革新的な新規作用機序を有する医薬品は、薬理作用や安全性プロファイルが既存の医薬品と明らかに異なることがあるため、対象患者及び使用する医療機関の施設要件・医師要件を示した「**最適使用推進ガイドライン**」を作成。当該ガイドラインを踏まえた内容を保険適用上の留意事項として通知
- これにより、有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間、①**当該医薬品の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用**するとともに、②**副作用が発現した際に必要な対応を迅速にとることが可能な一定の要件を満たす医療機関**で使用

＜これまでに作成された最適使用推進ガイドライン＞

	合計	医薬品		再生医療等製品	
		新規	改正	新規	改正
H28年度	3	3			
H29年度	7	2	5		
H30年度	12	4	7	1	
R元年度	12	3	8	1	
R2年度	11	2	8		1
R3年度	6	1	2	2	1

＜最適使用推進ガイドラインの例＞

キムリア点滴静注

- 再発・難治性の白血病等の治療に用いる再生医療等製品。患者から採取したリンパ球に遺伝子組換えを行った上で、患者に静脈投与する。1患者当たり約3,400万円（令和元年5月22日保険適用）
- 関係8学会・医会の協力の下、薬事審査と並行して最適使用推進ガイドラインを検討・作成し、医療機関・医師の要件、投与対象となる患者等を規定。（平成31年3月26日承認、令和元年5月21日ガイドライン発出）

＜承認から保険収載までの手順＞



＜これまでに最適使用推進ガイドラインが作成された医薬品・再生医療等製品＞

医薬品	効能・効果
ニボルマブ (オプジーボ点滴静注)	- 悪性黒色腫 - 腎細胞癌 - 頭頸部癌 - 悪性胸膜中皮腫 - MSI-Highを有する結腸・直腸癌 - 非小細胞肺癌 - 古典的ホジキンリンパ腫 - 胃癌 - 食道癌
ペムブロリズマブ (キイトルーダ点滴静注)	- 悪性黒色腫 - 古典的ホジキンリンパ腫 - MSI-Highを有する固形癌 - 腎細胞癌 - 非小細胞肺癌 - 尿路上皮癌 - 頭頸部癌 - 食道癌
アベルマブ (バベンチオ点滴静注)	- メルケル細胞癌 - 尿路上皮癌 - 腎細胞癌
デュルバルマブ (イミフィンジ点滴静注)	- 非小細胞肺癌 - 小細胞肺癌
アテゾリズマブ (デセントリク点滴静注)	- 非小細胞肺癌 - 小細胞肺癌 - 乳癌 - 肝細胞癌

医薬品	効能・効果
アリロクマブ (ブラレント皮下注)	家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症
エボロクマブ (レバーサ皮下注)	家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症
デュピルマブ (デュピクセント皮下注)	- アトピー性皮膚炎 - 気管支喘息 - 慢性副鼻腔炎
オマリズマブ (ゾレア皮下注)	季節性アレルギー性鼻炎
バリシチニブ (オルミエント錠)	アトピー性皮膚炎
ガルカネズマブ (エムガルティ皮下注)	片頭痛発作の発症抑制

再生医療等製品	効能・効果又は性能
ヒト（自己）骨髄由来間葉系幹細胞（ステミラック注）	脊髄損傷に伴う神経症候及び機能障害の改善
チサゲンレクルユーセル (キムリア点滴静注)	- B細胞性急性リンパ芽球性白血病 - びまん性大細胞型B細胞リンパ腫
アキシカブタゲン シロルユーセル (イエスカルタ点滴静注)	大細胞型B細胞リンパ腫
リソカブタゲン マラルユーセル (ブレヤンジ静注)	- 大細胞型B細胞リンパ腫 - 濾胞性リンパ腫

ビタミン剤・うがい薬・湿布薬に関する診療報酬改定での対応

- 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与」、「治療目的でない場合のうがい薬だけの処方」、「湿布薬の適正給付」及び「治療目的でない場合の保湿剤の処方」について、対応を行っている。

H24年度診療報酬改定

- すべてのビタミン剤について単なる栄養補給目的での投与は医療保険の対象外とした。

ビタミン剤については、

- ① 当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、
 - ② 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、
 - ③ 医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したとき
- を除き、これを算定しない。

H26年度診療報酬改定

- 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方については、医療保険の対象外とした。

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

H28年度診療報酬改定

- 湿布薬について1処方につき原則70枚の処方制限を行うこととした。

入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

H30年度診療報酬改定

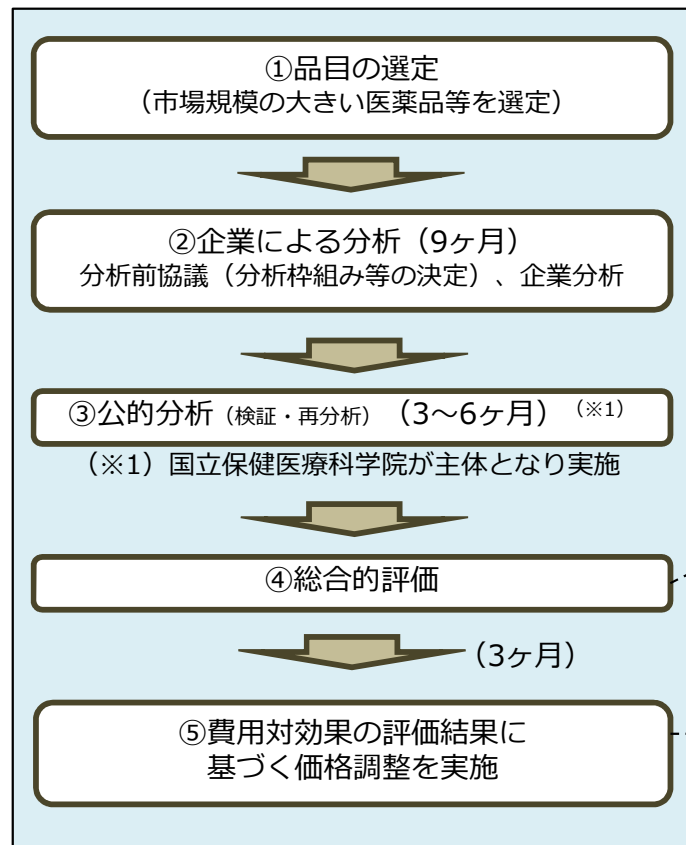
- 保湿剤（ヘパリンナトリウム・ヘパリン類似物質）について、疾病の治療以外を目的としたものについては、保険給付の対象外である旨を明確化した。

入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム又はヘパリン類似物質に限る。）を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

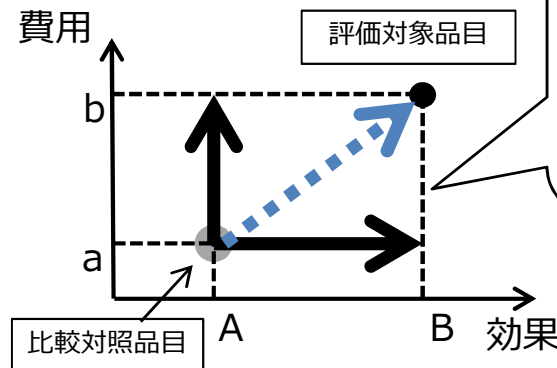
費用対効果評価制度について（概要）

- 費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる。
- 今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

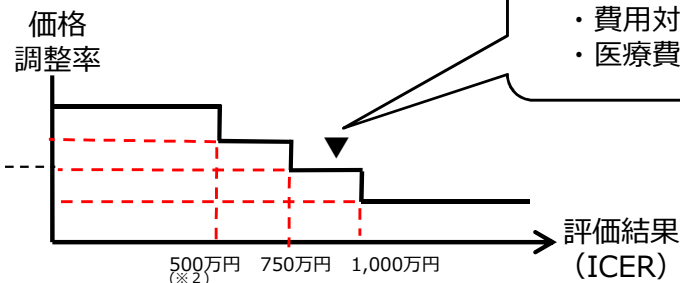
$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮(※2)

評価結果に応じて対象品目の価格を調整(※3)

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ



(※2) 抗がん剤等については、通常よりも高い基準 (750万円/QALY) を用いる。
(※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

次期薬価改定に向けた主な課題（案）

（１）令和２年度及び令和３年度薬価改定の骨子に記載されている事項

- 新規後発品の薬価算定
- 基礎的医薬品の薬価改定
- 診療報酬改定がない年の薬価改定の在り方

（２）これまでに問題提起された事項等

- 原価計算方式の在り方（開示を高める方法）
- イノベーションの適切な評価
- 改革工程表2020の記載事項（参考参照）

（３）その他

- 関係業界からの提起事項
- 薬価算定組織からの提起事項 など

今後の議論の進め方（案）

- 薬価専門部会において、今後、関係業界や薬価算定組織からの意見聴取も行いつつ、検討項目を整理した上で、議論を深めることとしてはどうか。